

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Assicurazione obbligatoria casa-nova (LaMal)

Osservazioni:

- Per rendere il documento più scorrevole si rinuncia a usare la forma femminile accanto a quella maschile.
- La versione originale delle presenti disposizioni è quella in lingua tedesca. Le versioni in altre lingue sono traduzioni. In caso di difficoltà di interpretazione fa fede il testo in lingua tedesca.

Queste Condizioni generali d'assicurazione (CGA) sono suddivise in due parti

- Parte I – Parte generale
- Parte II – Disposizioni complementari relative ai modelli medico di famiglia casa-nova

Parte I – Parte generale

A Disposizioni generali

1. Basi

Le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) non sono esaustive e completano le disposizioni legali.

2. Basi legali

Per l'esecuzione di questa assicurazione sono determinanti le disposizioni della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA), della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LaMal) e le loro disposizioni d'applicazione. L'applicazione delle presenti CGA è un complemento all'applicazione delle disposizioni legali.

3. Franchigia opzionale

vivacare offre l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigia annua opzionale. Le franchigie opzionali si basano sulle disposizioni dell'Ordinanza sull'assicurazione malattia (art. 93 e 94 OAMa).

B Rapporto d'assicurazione

1. Possibilità d'assicurazione

vivacare assicura le persone fisiche domiciliate in Svizzera.

2. Condizioni d'ammissione

L'ammissione nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie è possibile dopo aver compilato e firmato il modulo di domanda. Per le persone che non hanno l'esercizio dei diritti civili è necessaria la firma del loro rappresentante legale.

3. Inizio dell'assicurazione

1. L'assicurazione inizia a partire dalla data convenuta. vivacare conferma per iscritto la data d'ammissione.
2. Come conferma della copertura assicurativa, l'assicurato riceve dopo l'ammissione la polizza d'assicurazione.
3. Se l'adesione avviene entro tre mesi dalla nascita oppure al momento dell'acquisizione del domicilio in Svizzera, l'assicurazione inizia al momento della nascita o dell'acquisizione del domicilio.
4. In caso di domanda tardiva, l'assicurazione inizia dal momento dell'adesione. Secondo le disposizioni legali, in caso di ritardo non giustificabile, la persona assicurata deve pagare un supplemento di premio.

4. Adattamento dell'assicurazione

1. La franchigia può essere adattata ogni anno in data 1° gennaio. In caso di passaggio a una franchigia più bassa vanno osservate le disposizioni di disdetta secondo il punto B6.
2. Se l'assicurato è obbligatoriamente coperto contro gli infortuni professionali e non professionali, egli può richiedere, con una diminuzione del premio, la sospensione della copertura degli infortuni. Il premio viene ridotto per l'inizio del mese seguente alla domanda. La cessazione della sospensione avviene subito dopo la cessazione dell'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF. La cessazione dell'assicurazione contro gli infortuni deve essere notificata a vivacare entro 30 giorni.

5. Cessazione dell'assicurazione

L'assicurazione cessa tramite:

- a) disdetta
- b) decesso
- c) trasloco al di fuori del raggio d'attività di vivacare
- d) fine dell'obbligo assicurativo

6. Disdetta

1. L'assicurato può disdire l'assicurazione per la fine dell'anno, osservando un termine di disdetta di tre mesi, oppure per il 30 giugno se non è stata concordata una franchigia

opzionale oppure un prodotto con scelta limitata del fornitore di prestazioni.

2. I nuovi premi vengono comunicati almeno due mesi prima dell'entrata in vigore. Al momento della comunicazione del nuovo premio, l'assicurato può, osservando un termine di disdetta di un mese, disdire l'assicurazione per la fine del mese che precede l'inizio della validità del nuovo premio.
3. L'assicurazione nei confronti di vivacare cessa solo quando il nuovo assicuratore ha comunicato che la persona in questione è suo assicurato senza aver interrotto la copertura assicurativa.
4. Ai sensi dell'art. 64a cpv. 6 LAMal, l'assicurato non può cambiare assicurazione finché non ha pagato integralmente i premi, le partecipazioni ai costi, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione in arretrato.

7. Trasferimento del domicilio

Il cambio d'indirizzo e il trasferimento di domicilio devono essere notificati a vivacare entro 30 giorni. Per trasferimento di domicilio s'intende il trasferimento del domicilio di diritto civile.

C Prestazioni

1. Principio

Le prestazioni legali vengono erogate per malattia, infortunio, infermità congenite e maternità.

2. Malattia

È considerato malattia qualsiasi danno alla salute fisica o mentale che non sia conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'inabilità lavorativa.

3. Infortunio e infermità congenite

In caso di infortunio o di infermità congenite, vengono erogate le stesse prestazioni come per malattia, se le spese non sono prese a carico dall'assicurazione infortuni, dall'assicurazione invalidità o da terzi. È considerato infortunio l'influsso improvviso, involontario e dannoso apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che compromette la salute fisica o mentale o che provoca il decesso.

4. Condizioni di prestazioni

vivacare si assume i costi di prestazioni efficaci, appropriate ed economiche. Le prestazioni sono economiche quando si limitano alla giusta misura nell'interesse della persona assicurata e sono necessarie per raggiungere lo scopo del trattamento medico.

5. Motivazione della prestazione

L'assicurato che rivendica prestazioni di vivacare è tenuto a presentare le fatture dettagliate e le ricette mediche con le necessarie informazioni (numero d'assicurato). Se sussiste un diritto alla prestazione, vivacare corrisponde all'assicurato la sua parte dei costi.

6. Fornitori di prestazioni

Le seguenti persone e istituzioni sono riconosciute in quanto fornitori di prestazioni:

- medici
- farmacisti
- chiropratici
- levatrici
- laboratori
- posti di consegna per mezzi e oggetti necessari per la visita o il trattamento.

Su prescrizione medica:

- fisioterapisti
- ergoterapisti
- personale sanitario specializzato
- logopedisti.

7. Prestazioni all'estero

1. Le prestazioni per trattamenti medico-sanitari all'estero vengono corrisposte in conformità alle disposizioni legali e in particolare per le cure d'urgenza. I costi delle cure medico-sanitarie devono essere comprovati dettagliatamente.
2. Le fatture e la documentazione dall'estero devono essere presentate in tedesco, francese, italiano o inglese. Per le fatture e la documentazione in altre lingue deve essere allegata la traduzione.

8. Rapporto nei confronti di prestazioni di terzi

vivacare non accorda alcuna prestazione che è a carico di altre assicurazioni sociali (AM, AINF, AI, AVS ecc.). L'assicurato deve annunciare il diritto alla prestazione presso la rispettiva assicurazione sociale. In confronto alle altre assicurazioni sociali, vivacare corrisponde prestazioni anticipate in conformità alle disposizioni legali.

9. Obbligo di pagamento

L'assicurato è per principio debitore di onorari nei confronti dei fornitori di prestazioni. Rimangono riservate altre stipulazioni di contratti di vivacare con terzi.

10. Cessione e pignoramento di prestazioni

L'assicurato non può né cedere né dare in pegno crediti nei confronti di vivacare senza la sua approvazione. Rimane riservata la cessione dei crediti ai fornitori di prestazioni.

D Premi

1. Fissazione dei premi

1. L'ammontare dei premi si basa sulle tariffe approvate dall'autorità di sorveglianza. I premi sono graduati secondo i gruppi d'età e le regioni.
2. Se il cambio di domicilio causa un adeguamento del premio, quest'ultimo viene adeguato al momento del cambio di domicilio.

2. Pagamento dei premi

1. I premi devono essere pagati in anticipo. Con uno speciale accordo possono essere pagati a scadenza bimestrale, semestrale o annuale.
2. I premi possono essere pagati mediante una procedura d'addebito tipo LSV/DD. In caso di rifiuto d'addebito causato dall'assicurato, può venire addebitata una tassa per ogni addebito rifiutato.
3. Per accordi di pagamenti a rate in caso di pagamenti in arretrato può essere riscossa una tassa.
4. I premi sono dovuti ogni volta per un mese intero, indipendentemente dalla data d'adesione o uscita dell'assicurato.

3. Partecipazione ai costi

1. L'assicurato, secondo le disposizioni legali federali, è tenuto a partecipare ai costi delle prestazioni fornite con una franchigia annua, un'aliquota percentuale e un contributo alle spese ospedaliere.
2. Sulle prestazioni per maternità non viene riscossa alcuna partecipazione ai costi.
3. Per la riscossione della franchigia e della partecipazione ai costi fa stato la data del trattamento.

4. Versamenti

vivacare versa le sue prestazioni su un conto postale o bancario. Se l'assicurato desidera un pagamento mediante bollettino di versamento (PVR), gli saranno fatturate integralmente le tasse corrispondenti.

5. Sospensione

1. La persona assicurata soggetta all'assicurazione militare per oltre 60 giorni consecutivi è esente dal pagamento dei premi. L'assoggettamento deve essere notificato a vivacare almeno otto settimane prima del suo inizio. In caso di mancato rispetto di questo termine, vivacare non riscuoterà più i premi a partire dalla prima scadenza possibile, al più tardi però otto settimane dopo la notifica.
2. Se l'assicurato è obbligatoriamente coperto contro gli infortuni professionali e non professionali, egli può richiedere, con una diminuzione del premio, la sospensione della copertura degli infortuni. Il premio viene ridotto all'inizio del mese seguente alla domanda. La cessazione della sospensione avviene subito dopo la cessazione dell'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF. La cessazione dell'assicurazione contro gli infortuni deve essere notificata a vivacare entro 30 giorni.

6. Ritardo di pagamento

1. Se l'assicurato non paga i premi o le partecipazioni ai costi, vivacare, dopo aver inviato almeno un sollecito per iscritto, invia una diffida concedendogli un termine supple-

mentare di 30 giorni per il pagamento informandolo in merito alle conseguenze dovute al ritardo di pagamento.

2. Se nonostante la diffida, l'assicurato non paga i premi, le partecipazioni ai costi e gli interessi di mora entro i termini fissati, vivacare avvia l'esecuzione.

7. Tasse amministrative, spese d'esecuzione e interessi di mora

Per i crediti di premi si devono pagare gli interessi di mora legali. Per ulteriori spese dovute a solleciti ed esecuzioni, vivacare addebita una ragionevole tassa amministrativa

E Amministrazione della giustizia

1. Decisione

Se l'assicurato o un richiedente non è d'accordo con una decisione, vivacare emette, su richiesta, entro 30 giorni una decisione formale scritta e motivata con indicazione dei rimedi giuridici.

2. Opposizione

La decisione formale può essere impugnata presso vivacare entro 30 giorni dalla notifica. L'opposizione deve essere inoltrata in duplice copia e munita dei necessari documenti di prova. vivacare esamina l'opposizione ed emana per iscritto una decisione su opposizione motivata con indicazione dei rimedi giuridici.

3. Tribunale cantonale delle assicurazioni

1. Le decisioni su opposizione di vivacare sono impugnabili entro 30 giorni mediante ricorso presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni competente per il luogo di domicilio della persona assicurata.
2. È anche possibile contattare il Tribunale delle assicurazioni telefonicamente, se vivacare non emana entro i termini alcuna decisione formale o decisione su opposizione.

F Disposizioni finali

1. Protezione dei dati

1. Tutti i collaboratori di vivacare sono soggetti all'obbligo del segreto professionale secondo l'art. 33 LPGA.
2. Il trattamento dei dati delle persone assicurate si basa sulle disposizioni legali sulla protezione dei dati della LAMal, della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) e della Legge sulla protezione dei dati (LPD).

2. Adattamento delle condizioni d'assicurazione

Le modifiche delle condizioni d'assicurazione come pure altre informazioni vincolanti vengono comunicate per iscritto all'assicurato oppure pubblicate nelle riviste per i clienti.

3. Comunicazioni

1. Tutte le comunicazioni sono da indirizzare a vivacare.
2. Tutte le comunicazioni sono spedite da vivacare all'ultimo indirizzo in Svizzera indicato dall'assicurato oppure al nuo-

Parte II – Disposizioni complementari sui modelli medico di famiglia casa-nova

Le seguenti disposizioni sono applicabili per il prodotto casa-nova.

G Disposizioni generali

1. Obiettivo e scopo

1. Lo scopo dell'assicurazione medico di famiglia è il rafforzamento del modo di vivere autoresponsabile e sano dell'assicurato. Il medico di famiglia scelto è competente per il coordinamento di tutte le questioni relative alla salute. Tutto questo è possibile solo quando si favorisce un rapporto di fiducia tra il paziente e il medico di famiglia.
2. Grazie alla completa consulenza e assistenza del medico di famiglia, la qualità delle prestazioni mediche è più elevata e si ottengono notevoli risparmi sui costi nella sanità.

2. Basi legali

1. Nell'ambito di un sistema medico di famiglia esiste la seguente particolare forma d'assicurazione ai sensi dell'art. 62 cpv. 1 OAMal in combinato disposto con l'art.41 cpv. 4 LAMal.
2. Nell'ambito di queste Condizioni generali d'assicurazione (CGA) i modelli medico di famiglia si contraddistinguono per una mirata applicazione dei mezzi nella sanità e, in particolare, per la loro limitata scelta del medico.

H Rapporto d'assicurazione

1. Possibilità d'assicurazione

I modelli medico di famiglia, nell'ambito delle disposizioni legali, sono a disposizione di tutte le persone interessate domiciliate nelle regioni in cui vivacare esercita questa forma d'assicurazione.

2. Passaggio a un modello medico di famiglia

L'adesione o il passaggio dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie a un modello medico di famiglia è possibile in ogni momento a partire dal primo giorno del mese seguente la ricezione da parte di vivacare della domanda.

3. Scelta del medico

L'assicurato si limita volontariamente nella scelta del medico di famiglia, scegliendo un medico di famiglia dalla lista pubblicata da vivacare. L'assicurato informa il medico.

4. Cambio del medico

L'assicurato, in casi giustificati, può cambiare il medico di famiglia scelto in precedenza al primo giorno del mese seguente. Egli comunica la sua decisione per iscritto all'assicurazione malattie e al medico di famiglia.

5. Cambio d'assicurazione

1. È possibile passare da un modello medico di famiglia a un altro ramo assicurativo all'inizio di un anno civile, previo ri-

spetto di un preavviso di un mese. Con riserva per l'art. 7 cpv. 3 e 4 di LAMal.

2. È possibile uscire dal modello medico di famiglia anticipatamente e in ogni momento:
 - se l'assicurato cambia domicilio e si trasferisce in una regione dove vivacare non offre il sistema medico di famiglia oppure
 - in caso di rinuncia da parte di vivacare all'esercizio del sistema medico di famiglia.
3. Nel caso si verifichi uno degli eventi di cui al punto 2, l'assicurato verrà informato da vivacare. vivacare non garantisce né la continua esistenza del sistema medico di famiglia né un'offerta perfetta di medici di famiglia in ogni regione.

6. Cambio di domicilio

1. Lasciando la Svizzera, decade l'obbligo assicurativo e l'assicurazione cessa. L'assicuratore deve essere informato tempestivamente.
2. L'assicurato si dichiara d'accordo di fornire su richiesta dell'assicuratore la prova che i trattamenti, gli interventi e i soggiorni suddetti siano stati prescritti dal suo medico di famiglia.

I Linee fondamentali e volume delle prestazioni

1. Principio

Per i trattamenti ambulatoriali, stazionari e semi-stazionari, così come per la prescrizione di farmaci e di mezzi ausiliari, a meno che le CGA non prevedano diversamente, bisogna dapprima consultare il medico di famiglia. Se necessario, egli indirizza l'assicurato da specialisti o da personale medico ausiliario, oppure predispone le prestazioni stazionarie. Per ogni altra consultazione supplementare bisogna chiedere il consenso del medico di famiglia.

Casi speciali

1. I trattamenti d'urgenza da parte di un medico del pronto soccorso sono assicurati nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. La loro necessità medica è tuttavia esaminata da parte del medico di famiglia o del medico di fiducia.
2. vivacare concede alle assicurate la libera scelta per esami e trattamenti ginecologici così come per l'assistenza di specialisti di ginecologia e aiuto parto. Prima di interventi ginecologici bisogna consultare il medico di famiglia e chiedere il suo consenso. A seconda della scelta del medico di famiglia e delle sue specifiche specializzazioni, vivacare può limitare il libero accesso a esami e trattamenti ginecologici. Le relative limitazioni sono da elencare nell'appendice alle CGA per i modelli medico di famiglia. L'appendice così come le sue mutazioni devono essere pubblicate da vivacare nell'organo di pubblicazione almeno tre mesi prima dell'entrata in vigore.
3. Per gli esami e trattamenti oculistici vivacare concede la libera scelta di specialisti in malattie agli occhi. Prima di in-

terventi chirurgici agli occhi bisogna consultare il medico di famiglia e chiedere il suo consenso. A seconda della scelta del medico di famiglia e delle sue specifiche specializzazioni, vivacare può limitare il libero accesso a esami e trattamenti agli occhi. Le relative limitazioni sono da elencare nell'appendice alle CGA per i modelli medico di famiglia. L'appendice così come le sue mutazioni devono essere pubblicate da vivacare nell'organo di pubblicazione almeno tre mesi prima dell'entrata in vigore.

2. Offerta di prestazioni

I modelli medico di famiglia garantiscono tutte le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal, fatta riserva per la limitata scelta del medico.

J Premi

1. Sconto sui premi

All'assicurato del sistema medico di famiglia viene concesso uno sconto sul premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal. Lo sconto si basa sulla tariffa dei premi di vivacare.

2. Partecipazione ai costi

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

K Obblighi di cooperazione

1. Informazioni sull'adesione al sistema medico di famiglia

1. L'assicurato si accerta a ogni visita dal medico di famiglia che il medico conosca il loro ramo assicurativo e nei casi d'urgenza dichiarano di essere assicurato con il sistema medico di famiglia.
2. Se il medico scelto è assente e l'assicurato deve recarsi dal suo sostituto, è necessario un mandato, come nei casi d'urgenza.

2. Trattamenti d'urgenza

Se in seguito a un'urgenza, è necessario un ricovero all'ospedale o un trattamento ambulatoriale presso il medico d'urgenza, l'assicurato è tenuto a far pervenire al più presto possibile al suo medico di famiglia il rapporto del medico d'urgenza.

3. Ricovero su ordine del medico di famiglia

L'assicurato di un modello medico di famiglia accetta, all'occorrenza, di farsi indirizzare da uno specialista, da un medico ausiliario o di farsi ricoverare in ospedale. Il suddetto trasferimento è necessario, tra l'altro, nei casi seguenti:

- richieste di visita e trattamenti a specialisti o medici ausiliari, richieste di trattamenti ambulatoriali o stazionari;
- interventi chirurgici raccomandati da specialisti;
- degenze ospedaliere e soggiorni in cliniche diurne;
- cure balneari, soggiorni di riabilitazione e misure di riabilitazione;
- interventi ginecologici e oculistici.

4. Interventi chirurgici

Se lo specialista raccomanda un intervento chirurgico, l'assicurato è tenuto a chiedere il consenso del medico di famiglia prima dell'intervento.

5. Degenza ospedaliera e soggiorni in cliniche diurne

Ad eccezione delle urgenze, il ricovero in ospedale e il soggiorno in cliniche diurne è permesso solo previo consenso del medico di famiglia.

6. Cure balneari, soggiorni di riabilitazione e misure di riabilitazione

L'assicurato è tenuto a consultare il suo medico di famiglia almeno 14 giorni prima dell'inizio di una cura balneare, di un soggiorno o di una misura di riabilitazione se vuole far valere il suo diritto alle prestazioni d'assicurazione. Solo il medico di famiglia è autorizzato a ordinare un soggiorno per cure balneari o riabilitazione.

7. Interventi ginecologici e oculistici

Prima di sottoporsi a degli interventi ginecologici oppure oculistici bisogna consultare il medico di famiglia e chiederne il consenso.

8. Obbligo di notifica di cambio del medico

In caso di cambio del medico di famiglia, come specificato nel punto H4, l'assicurato è tenuto a informare l'attuale medico di famiglia almeno 14 giorni prima del cambio e a comunicarlo anche a vivacare.

9. Prestazioni al di fuori del sistema medico di famiglia

L'assicurato acconsente che il suo medico di famiglia venga informato da vivacare sui costi causati da terzi. Sia vivacare che il medico di famiglia sono tenuti ad attenersi alle disposizioni legali sulla protezione dei dati della LAMal, della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) e della Legge sulla protezione dei dati (LPD).

10. Trasferimento della documentazione del paziente in caso di cambio del medico

Firmando la domanda d'assicurazione, l'assicurato acconsente che, in caso di cambio del medico di famiglia, quest'ultimo per evitare inutili chiarimenti consegna il completo incartamento riguardante il paziente direttamente al nuovo medico designato dall'assicurato.

L Violazione degli obblighi di cooperazione e sanzioni

1. Se l'assicurato viola i suoi obblighi di cooperazione, decade l'obbligo di prestazione per i costi di trattamento, con riserva della prova da parte dell'assicurato che la violazione dell'obbligo di cooperazione sia dovuta a motivi giustificati.
2. In casi gravi, vivacare può escludere l'assicurato dal sistema medico di famiglia per un periodo di tempo determi-

6

nato e reinserirlo nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

3. Se vengono eseguiti dei trattamenti senza l'approvazione del medico di famiglia, i costi vanno integralmente a carico dell'assicurato.

M Disposizioni finali

1. Rapporto nei confronti del diritto sull'assicurazione malattie ed entrata in vigore

I modelli medico di famiglia costituiscono un ramo assicurativo separato. In ogni caso è fatto salvo il regolamento giuridico.