

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Assicurazione delle cure medico-sanitarie

Piano sanitario VIVA (LAMal)

Osservazione:

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

1. Principi

1.1 Che cos'è il piano sanitario VIVA?

L'assicuratore offre il piano sanitario VIVA in regioni d'assicurazione definite. Le regioni d'assicurazione attuali riconosciute dall'assicuratore e gli studi dei medici di famiglia o centri sanitari a esse affiliati sono riportati sulla homepage dell'assicuratore. Le basi legali del piano sanitario VIVA sono la vigente Legge federale 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).

Il piano sanitario VIVA è una forma dell'assicurazione di base secondo la legge ed è esercitata, in particolare, sulla base dell'articolo 41 capoverso 4 e dell'articolo 62 della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). L'assicuratore è indicato sulla polizza d'assicurazione.

1.2 Su quale principio si basa il piano sanitario VIVA?

Il piano sanitario VIVA si basa sul cosiddetto principio dell'assistenza integrata, il quale si distingue per la cura, la consulenza e l'assistenza medica completa delle persone assicurate. È lo studio del medico di famiglia o il centro sanitario scelto a coordinare tutti i trattamenti medici.

Con la stipula del piano sanitario VIVA le persone assicurate si dichiarano d'accordo a fare eseguire tutte le visite mediche e tutti i trattamenti medici dallo studio del medico di famiglia o dal centro sanitario scelto oppure che sia quest'ultimo a indirizzarli a medici specialisti e altri fornitori di prestazioni.

1.3 Come è organizzata l'assistenza integrata nel piano sanitario VIVA?

Organizzazione sanitaria

L'organizzazione sanitaria è l'associazione di fornitori di prestazioni mediche che garantisce l'assistenza medica integrata e coordinata alle persone assicurate (membri dell'organizzazione sanitaria). L'organizzazione sanitaria scelta è indicata sulla polizza d'assicurazione.

Studio del medico di famiglia / centro sanitario (primo punto di contatto)

Al momento della stipula del contratto di assicurazione, la persona assicurata sceglie uno studio del medico di famiglia o un centro sanitario affiliato all'organizzazione sanitaria corrispondente. Lo studio del medico di famiglia o il centro sanitario scelto è riportato sulla polizza d'assicurazione. L'assistenza medica è fornita da un medico di famiglia dello studio del medico di famiglia o del centro sanitario scelto. Lo studio del medico di famiglia o il centro sanitario scelto viene in seguito indicato come «fornitore di prestazioni coordinante».

Per un trattamento ambulatoriale o stazionario bisogna rivolgersi sempre prima al fornitore di prestazioni coordinante, ad ec-

cezione dei casi d'emergenza, delle visite e dei trattamenti ginecologici, nonché dei trattamenti odontoiatrici.

1.4 Quali prestazioni include il piano sanitario VIVA?

Il piano sanitario VIVA include le prestazioni obbligatorie previste dalla legge in caso di malattia, infortunio, infermità congenite, gravidanza e maternità.

1.5 Cosa va osservato in caso d'emergenza?

I trattamenti d'urgenza sono coperti nell'ambito delle prestazioni obbligatorie definite dalla legge, a condizione che il trattamento sia eseguito da un medico o da un altro fornitore di prestazioni autorizzato ai sensi della LAMal. Si tratta di un'emergenza se, per motivi medici oggettivi, la persona assicurata necessita urgentemente di un trattamento e se, per motivi di distanza e/o di tempo, il fornitore di prestazioni coordinante non può essere raggiunto tempestivamente.

1.6 È possibile sospendere la copertura contro gli infortuni?

La copertura contro gli infortuni può essere sospesa se sussiste una piena copertura secondo la Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF). La sospensione deve essere richiesta all'assicuratore per iscritto. Le persone assicurate devono notificare all'assicuratore tutte le modifiche della copertura assicurativa contro gli infortuni entro il termine di un mese.

1.7 È possibile scegliere liberamente la franchigia annua?

Nel piano sanitario VIVA è possibile scegliere liberamente la franchigia annua.

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

1.8 In che modo l'assicuratore trasmette le sue informazioni? Quali sono gli obblighi di notifica nei confronti dell'assicuratore?

- a) Organo di pubblicazione**
Le modifiche delle condizioni d'assicurazione e le comunicazioni di carattere generale vengono pubblicate in forma vincolante nell'organo di pubblicazione ufficiale del Gruppo Visana. A ogni economia domestica viene inviato un esemplare dell'organo di pubblicazione.
- b) Polizza d'assicurazione**
Tutte le persone assicurate ricevono una conferma individuale della loro copertura assicurativa sotto forma di polizza d'assicurazione.
- c) Obblighi di notifica delle persone assicurate**
Le persone assicurate sono tenute a notificare entro il termine di un mese all'unità organizzativa dell'assicuratore indicata sulla polizza d'assicurazione tutti i cambiamenti della situazione personale (ad es. cambio di domicilio o del medico di famiglia) che riguardano il rapporto d'assicurazione.
- d) Violazione degli obblighi di notifica**

Gli inconvenienti che risultano dall'inosservanza degli obblighi di notifica sono a carico delle persone assicurate.

2. Prestazioni

2.1 Cosa è assicurato?

Le prestazioni corrisposte dal piano sanitario VIVA si basano esclusivamente sulla LAMal.

2.2 Chi fornisce le prestazioni?

Nel piano sanitario VIVA la cura, l'assistenza e la consulenza ambulatoriali vengono fornite dal fornitore di prestazioni coordinate scelto (limitazione della scelta del medico).

2.3 Quali prestazioni vengono assunte?

Il piano sanitario VIVA assume i costi degli agenti terapeutici, delle analisi e delle misure terapeutiche prescritte dal fornitore di prestazioni coordinate, a condizione che la loro assunzione sia prevista dalla LAMal. Le prestazioni di altri fornitori di prestazioni vengono assunte in modo analogo, a condizione che si sia verificata una situazione di emergenza o che sia stato il fornitore di prestazioni coordinate a indirizzare il paziente al fornitore di prestazioni.

2.4 È possibile consultare altri fornitori di prestazioni?

Su prescrizione del fornitore di prestazioni coordinate possono essere consultati medici specialisti esterni o altri fornitori di prestazioni. Il piano sanitario VIVA assume i costi ai sensi della LAMal.

2.5 Quali prestazioni vengono erogate in caso di trattamenti stazionari?

In caso di trattamenti stazionari nel reparto comune di un ospedale presente nell'Elenco degli ospedali, l'assicuratore si fa carico della sua parte secondo la tariffa valida nel Cantone di domicilio della persona assicurata per un ospedale figurante nell'Elenco degli ospedali. Se per motivi medici il trattamento deve essere eseguito in un ospedale non figurante nell'Elenco degli ospedali del Cantone di domicilio, l'assicuratore si fa carico della sua parte secondo la tariffa valida per le persone con domicilio nel Cantone di ubicazione della struttura stazionaria.

2.6 Quando è necessario il consenso del fornitore di prestazioni coordinate?

Ad eccezione delle situazioni d'emergenza, il ricovero negli ospedali per malattie acute deve essere predisposto dal fornitore di prestazioni coordinate o deve avvenire con il suo consenso.

2.7 Cosa non è assicurato?

Le prestazioni ambulatoriali o stazionarie, non dovute a una situazione d'emergenza secondo la cifra 1.5, erogate senza prescrizione del fornitore di prestazioni coordinate sono a carico delle persone assicurate in questione.

2.8 Quando si devono rimborsare le prestazioni?

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

2.9 Quando inizia il diritto alle prestazioni?

Il diritto alle prestazioni sussiste dal giorno dell'inizio dell'assicurazione. Per il diritto alle prestazioni è determinante la data del trattamento.

2.10 Dove vale l'assicurazione?

In linea di principio, le prestazioni vengono corrisposte per le cure fornite in Svizzera.

2.11 Quali prestazioni vengono corrisposte all'estero?

Durante un soggiorno negli Stati membri dell'UE, in Islanda o in Norvegia, le persone assicurate hanno diritto alle cure medi-

co-sanitarie necessarie, tenuto conto del genere di prestazioni e della durata presumibile del soggiorno. In caso di soggiorno negli altri Stati esteri, il diritto esiste solo in caso di cure d'emergenza. L'emergenza sussiste quando le persone assicurate necessitano di cure medico-sanitarie durante un soggiorno temporaneo all'estero e il viaggio di rientro in Svizzera non è indicato. Non c'è situazione d'emergenza quando le persone assicurate si recano all'estero con lo scopo di sottoporsi a trattamento medico.

Una volta che il trattamento all'estero è avvenuto, la persona assicurata è tenuta a informare immediatamente il fornitore di prestazioni coordinate, ma comunque entro e non oltre 30 giorni. Nell'ambito delle disposizioni legali, l'assicuratore assume i costi di un parto all'estero se lo stesso avviene con lo scopo di acquisire la cittadinanza estera. L'ammontare delle prestazioni si basa sulla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

2.12 Cosa succede in caso di cumulo di assicurazioni o prestazioni di terzi?

Se per un caso assicurativo sono tenuti a corrispondere prestazioni anche altri assicuratori o terzi, la persona assicurata deve informare l'assicuratore in proposito. La percezione di prestazioni e di accordi è inoltre soggetta all'obbligo di notifica. Le dichiarazioni di rinuncia alle prestazioni devono essere notificate all'assicuratore prima della firma. Le persone assicurate hanno l'obbligo di notificare i loro diritti nei confronti di altri assicuratori o di terzi tenuti al pagamento.

2.13 Com'è il rapporto nei confronti delle altre assicurazioni sociali?

Il rapporto del piano sanitario VIVA nei confronti delle altre assicurazioni sociali si basa sulle disposizioni di legge.

2.14 I diritti nei confronti di terzi devono essere ceduti all'assicuratore?

Nel momento in cui si verifica l'evento assicurato, l'assicuratore subentra nei diritti della persona assicurata nei confronti di terzi responsabili del caso d'assicurazione, fino all'ammontare delle prestazioni legali.

2.15 Come avviene il pagamento delle prestazioni?

Le persone assicurate si impegnano a comunicare all'assicuratore un indirizzo di pagamento bancario o postale svizzero. In caso di mancata comunicazione, le spese derivanti dal versamento sono a carico delle persone assicurate.

3. Premi e partecipazione ai costi

3.1 Quali premi bisogna pagare?

Il premio del piano sanitario VIVA si basa sulla tariffa dei premi dell'assicuratore approvata dall'autorità di vigilanza. I premi vengono calcolati secondo i gruppi d'età e sono più convenienti di quelli dell'assicurazione di base ordinaria. Le persone assoggettate all'assicurazione militare per oltre 60 giorni consecutivi sono esentate dal pagamento dei premi a partire dall'inizio dell'assoggettamento, a condizione che lo comunichino all'assicuratore almeno otto settimane prima dell'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.

3.2 Quali gruppi d'età esistono?

Esistono i seguenti gruppi d'età:

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

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

3.3 Quale partecipazione ai costi bisogna pagare?

Valgono le disposizioni contenute nell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMa).

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

Per l'addebito della franchigia e dell'aliquota percentuale è determinante la data del trattamento.

3.4 Nessuna partecipazione ai costi per le prestazioni di prevenzione

L'assicuratore rinuncia ad applicare la partecipazione ai costi per le prestazioni di cui al capitolo 3 dell'Ordinanza sulle prestazioni (Misure di prevenzione, artt. 12a-12e OPre).

3.5 Cosa succede in caso di ritardo di pagamento?

a) Premi / partecipazioni ai costi

Se, nonostante il sollecito di pagamento, la persona assicurata non paga i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, l'assicuratore le invia una diffida, concedendole un termine supplementare di 30 giorni per il pagamento. Se, nonostante la diffida, la persona assicurata non paga i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, così come gli interessi di mora, l'assicuratore avvia la procedura di esecuzione. Al contempo, l'assicuratore informa l'ufficio cantonale competente. Per eventuali premi arretrati si addebita un interesse di mora del 5%.

b) Diffide

Le diffide avvengono in forma scritta.

c) Costi

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

d) Cambio di assicuratore

Le persone assicurate 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.

3.6 Quali prestazioni non sono assicurate?

Non sono assicurate le prestazioni che vanno oltre l'assicurazione di base conforme alla legge. L'assicurazione di tali prestazioni avviene mediante un'assicurazione complementare facoltativa.

3.7 Commissioni

Le persone assicurate hanno diverse possibilità di effettuare gratuitamente il pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi. L'assicuratore può addebitare alla persona assicurata le commissioni comportate dal pagamento allo sportello postale o ad altri punti di accesso fisici della Posta.

4. Adesione

4.1 Quali sono le condizioni d'ammissione?

La cerchia delle persone soggette all'obbligo di assicurazione è determinata dalle disposizioni di legge. L'adesione è possibile solo se contemporaneamente non vi è già un'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presso un altro assicuratore.

Tutte le persone assicurate domiciliate nella regione d'assicurazione del piano sanitario VIVA possono passare, in qualsiasi momento, dall'assicurazione delle cure medico-sanitarie ordinaria al piano sanitario VIVA. Per l'appartenenza alla regione d'assicurazione è determinante il domicilio civile.

5. Uscita

5.1 Quali sono i termini di disdetta?

La disdetta ordinaria del piano sanitario VIVA è possibile per la fine di un anno civile osservando un preavviso di disdetta di tre mesi. La disdetta deve pervenire all'assicuratore al più tardi l'ultimo giorno lavorativo che precede l'inizio del termine di disdetta di tre mesi. Si riservano le possibilità straordinarie di disdire il contratto ai sensi dell'art. 7 cpvv. 2-4 LAMa.

In occasione della comunicazione del nuovo premio, la persona assicurata può dare la disdetta, osservando un termine di preavviso di un mese, per la fine del mese che precede l'inizio di validità del nuovo premio.

5.2 Cosa accade in caso di cambio di domicilio?

a) Trasferimento dal territorio di attività dell'organizzazione sanitaria VIVA

In caso di trasferimento del domicilio in una località situata al di fuori del territorio di attività dell'organizzazione sanitaria VIVA, le persone assicurate vengono trasferite nell'assicurazione di base ordinaria dell'assicuratore per l'inizio del mese seguente al trasferimento di domicilio. Il trasferimento dal territorio di attività dell'organizzazione sanitaria deve essere notificato all'assicuratore entro un mese.

b) Trasferimento nel territorio di attività di un'organizzazione sanitaria VIVA

In caso di trasferimento del domicilio nel territorio di attività di un'altra organizzazione sanitaria VIVA dell'assicuratore, le persone assicurate hanno il diritto di continuare il loro piano sanitario VIVA nella nuova organizzazione sanitaria VIVA. Il trasferimento dal territorio di attività dell'organizzazione sanitaria VIVA precedente, così come il proseguimento dell'assicurazione nella nuova organizzazione sanitaria VIVA, vanno comunicati all'assicuratore entro un mese dal trasferimento del domicilio.

5.3 Cosa succede se il fornitore di prestazioni coordinante scioglie il rapporto contrattuale?

Se il fornitore di prestazioni coordinante scioglie il rapporto contrattuale con l'organizzazione sanitaria, entro un termine di 30 giorni dal sollecito scritto dell'assicuratore le persone assicurate iscritte presso questo fornitore di prestazioni possono scegliere liberamente un nuovo fornitore di prestazioni coordinante oppure passare all'assicurazione di base ordinaria dell'assicuratore. Se entro il termine indicato non viene notificato alcun nuovo fornitore di prestazioni coordinante all'assicuratore, ciò comporta automaticamente il passaggio all'assicurazione di base ordinaria dell'assicuratore a decorrere dall'inizio del mese successivo.

5.4 Cosa succede in caso di risoluzione del contratto tra l'assicuratore e l'organizzazione sanitaria?

In caso di risoluzione del contratto tra l'assicuratore e l'organizzazione sanitaria, l'assicurazione delle cure medico-sanitarie Piano sanitario VIVA (LAMa) viene revocata. Senza un riscontro esplicitamente contrario da parte della persona assicurata, ciò comporta automaticamente il passaggio all'assicurazione di base ordinaria dell'assicuratore.

5.5 Cosa succede se il fornitore di prestazioni coordinante non può più prestare assistenza?

Se per motivi legati alla persona assicurata (ad es. trasferimento della persona assicurata in una casa di cura) il fornitore di prestazioni coordinante non può più prestare assistenza medica, l'assicuratore è autorizzato a trasferire la persona assicurata nell'assicurazione di base ordinaria dell'assicuratore a inizio mese, rispettando un termine di 30 giorni.

6. Protezione dei dati

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 nonché secondo i principi dell'assistenza integrata. 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 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.

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 Quali dati vengono trasmessi a terzi?

Nella misura in cui ciò sia necessario e richiesto dalla 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), segnatamente 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 personali degni di particolare protezione, nello specifico dati individuali sulla salute. A tale riguardo si osservano i più severi requisiti di legge per il trattamento dei dati personali degni di particolare protezione.

L'assicuratore e l'organizzazione sanitaria si scambiano vicendevolmente i dati necessari dal punto di vista amministrativo su una piattaforma sicura. L'assicuratore trasmette regolarmente all'organizzazione sanitaria liste riportanti l'effettivo delle persone assicurate registrate presso ciascun fornitore di prestazioni coordinante con i rispettivi dati assicurativi dei singoli clienti assicurati, nonché una panoramica delle prestazioni mediche di cui hanno usufruito le persone assicurate registrate presso un fornitore di prestazioni coordinante della relativa organizzazione sanitaria. L'organizzazione sanitaria trasmette regolarmente a Visana una panoramica delle prestazioni mediche non svolte o prescritte da un fornitore di prestazioni coordinante. Inoltre, l'organizzazione sanitaria trasmette regolarmente a Visana una panoramica delle persone assicurate che non hanno rispettato gli obblighi di cui alle cifre 7.10 e 7.11.

7. Obblighi delle persone assicurate

7.1 Come scegliete il vostro fornitore di servizi coordinante?

Le persone assicurate scelgono il proprio fornitore di prestazioni coordinante dall'elenco dei medici del piano sanitario VIVA. Il fornitore di prestazioni può essere cambiato al massimo una volta all'anno a inizio mese, rispettando il termine di un mese. Le persone assicurate sono tenute a comunicare tale cambiamento al fornitore di prestazioni coordinante attuale nonché all'assicuratore. Esse autorizzano il fornitore di prestazioni coordinante finora consultato, esonerandolo dal segreto professionale relativo ai pazienti, a trasmettere le informazioni e la documentazione relative alla cura al nuovo fornitore di prestazioni coordinante.

7.2 Obbligo di consultazione e rispetto delle istruzioni

La persona assicurata, o un terzo al suo posto, è tenuta ad attenersi alle prescrizioni dei medici o di altri fornitori di prestazioni e a prestare attenzione all'economicità del trattamento. Prima di fissare un appuntamento per un trattamento medico, è necessario consultare il fornitore di prestazioni coordinante. Quest'ultimo stabilisce il trattamento opportuno d'intesa con la persona assicurata. Le istruzioni fornite sono vincolanti per la persona assicurata. Il fornitore di servizi coordinante determina la tempistica e il fornitore di servizi di un eventuale ulteriore trattamento. Se il lasso di tempo non è sufficiente oppure se si modifica il piano di cura, la persona assicurata, prima di usufruire nuovamente di prestazioni, deve richiedere il consenso del fornitore di prestazioni coordinante. La violazione di questi obblighi comporta sanzioni ai sensi della cifra 8 delle presenti Condizioni generali del contratto d'assicurazione (CGA).

7.3 Come procedere in caso d'emergenza?

In caso d'emergenza, le persone assicurate contattano il loro fornitore di prestazioni coordinante.

Se questi non è raggiungibile, gli assicurati si rivolgono al suo sostituto o all'organizzazione d'emergenza competente presso il domicilio o il luogo di soggiorno. In caso di ricovero d'emergenza in ospedale o di trattamento da parte di un medico di emergenza, le persone assicurate sono tenute a informare il loro fornitore di prestazioni coordinante al più presto possibile e a consegnargli un rapporto redatto dal medico d'urgenza.

7.4 Come procedere in caso di trattamenti stazionari?

Prima del ricovero in ospedali per malattie acute le persone assicurate sono tenute a richiedere il consenso del fornitore di prestazioni coordinante (eccetto in situazioni d'emergenza).

7.5 Quali obblighi sussistono in caso di rinvio a medici specialisti?

Se una persona assicurata viene inviata dal proprio fornitore di prestazioni coordinante a una consultazione presso un medico specialista e questi a sua volta le consiglia un trattamento o un accertamento presso un altro medico o un istituto stazionario, la persona assicurata è tenuta a informare il suo fornitore di prestazioni coordinante e a richiedere il suo consenso.

7.6 Come si deve procedere in caso di trattamenti ginecologici?

Le visite e i trattamenti ginecologici possono essere effettuati a discrezione della paziente. Una volta avvenuta la visita o il trattamento, la persona assicurata è tenuta a informare immediatamente il fornitore di prestazioni coordinante entro e non oltre 30 giorni.

7.7 Per le cure balneari c'è bisogno di un'autorizzazione?

Le prestazioni obbligatorie previste dalla legge per le cure balneari vengono corrisposte solo se prescritte o autorizzate dal fornitore di prestazioni coordinante.

7.8 Quale diritto di consultazione ha il vostro fornitore di prestazioni coordinante?

Le persone assicurate danno il loro consenso affinché il loro fornitore di prestazioni coordinante e l'organizzazione sanitaria possano consultare i dati necessari relativi alla loro assistenza medica attinenti ai trattamenti e alle fatture.

7.9 Obbligo di acquisto di farmaci generici e biosimilari

La persona assicurata è tenuta a richiedere un medicamento economico (generico / biosimilare o un preparato originale simile più economico) del gruppo di principi attivi prescritti dal medico. I preparati originali vengono sostituiti da generici / biosimilari se questi ultimi sono più convenienti e se la persona assicurata non è obbligata ad assumere il preparato originale per motivi medici.

Medicamenti generici

Come base vale l'elenco «Neue Generikliste mit differenzierendem Selbstbehalt bei Originalen und Generika» [Nuovo elenco dei farmaci generici con aliquota percentuale differenziata per preparati originali e generici] dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP). L'elenco vigente può essere consultato sul sito web dell'UFSP o dell'assicuratore. Se la persona assicurata sceglie un medicamento riportato nell'elenco dei generici dell'UFSP con aliquota percentuale maggiorata (20%) nonostante venga offerta un'alternativa più conveniente, l'assicuratore non si assume i costi del medicamento originale.

Biosimilari

I biosimilari sono repliche omologate dei medicinali biologici originali. Se la persona assicurata sceglie un medicamento originale nonostante venga offerta un'alternativa più conveniente, l'assicuratore non si assume i costi del medicamento originale. Le informazioni sui biosimilari omologati con il nome commerciale, il principio attivo e l'indicazione del preparato originale devono essere richieste al fornitore di prestazioni coordinante. Sono esclusi da questa regola i casi nei quali la persona assicurata debba necessariamente assumere, per motivi medici, il preparato originale soggetto ad aliquota percentuale maggiorata. Ai fini del conteggio delle prestazioni, il fornitore di prestazioni dovrà addurre la prova corrispondente.

7.10 Divulgazione dell'anamnesi e dello stato di salute Aderendo al piano sanitario VIVA, la persona assicurata si impegna a condividere la documentazione medica esistente con il fornitore di prestazioni coordinante scelto e a fornirgli informazioni complete e veritiere sullo stato di salute.

7.11 Programmi di gestione delle malattie e delle cure croniche

Su indicazione del fornitore di servizi coordinante scelto, la persona assicurata è tenuta a sottoporsi a programmi di gestione delle malattie e delle cure croniche. I programmi e i fornitori di servizi che li eseguono vengono stabiliti dal fornitore di prestazioni coordinante scelto.

8. Sanzioni in caso di violazione degli obblighi previsti dal piano sanitario VIVA

8.1 Cosa succede se le persone assicurate non rispettano i loro obblighi?

Le persone assicurate che non rispettano gli obblighi di cui alle cifre 7.2 fino a 7.7 e 7.9 delle presenti CGA possono essere sanzionate dall'assicuratore, previa diffida scritta, come segue:

- Dopo la seconda violazione: riduzione del 50% delle prestazioni legali.
- Dopo la terza violazione: rifiuto di assumere le prestazioni. L'assicuratore richiede il rimborso delle fatture già pagate.
- Dopo la quarta violazione: esclusione dal piano sanitario VIVA in caso di reiterato comportamento contraveniente al regolamento. L'esclusione comporta il passaggio all'assicurazione delle cure medico-sanitarie ordinaria dell'assicuratore e viene effettuata a partire dal mese successivo alla violazione dell'obbligo sanzionata. A esclusione avvenuta, la riammissione in un modello assicurativo alternativo presso l'assicuratore è possibile al più presto per l'anno civile successivo.

8.2 Cosa succede se le persone assicurate non rispettano le prescrizioni del fornitore di servizi coordinante?

Se la persona assicurata non ottempera alla prescrizione di cui alle cifre 7.10 o 7.11, dopo un periodo di riflessione di 30 giorni si procederà a escluderla dal piano sanitario VIVA e a riassegnarla all'assicurazione delle cure medico-sanitarie ordinaria.

9. Disposizioni integrative

9.1 Opzioni legali per le persone assicurate

Se la persona assicurata non è d'accordo con una decisione dell'assicuratore, può richiedere, entro un termine adeguato, che l'assicuratore emetta una decisione formale scritta completa di motivazione e indicazione dei rimedi giuridici.

Contro la decisione formale è possibile presentare ricorso presso l'assicuratore entro 30 giorni. L'assicuratore esamina l'opposizione ed emana per iscritto una decisione su opposizione motivata, con indicazione dei rimedi giuridici.

La decisione su opposizione dell'assicuratore può essere impugnata entro 30 giorni presso il tribunale cantonale delle assicurazioni. È competente il tribunale delle assicurazioni del Cantone dove l'assicurato o il terzo è domiciliato nel momento in cui interpone ricorso. Se l'assicurato o il terzo è domiciliato all'estero, è competente il tribunale delle assicurazioni del Cantone dell'ultimo domicilio o in cui il suo ultimo datore di lavoro aveva domicilio; se non è possibile determinare alcuna di queste località, la competenza spetta al tribunale delle assicurazioni del Cantone in cui ha sede l'organo d'esecuzione (art. 58 cpv. 1-2 LPGA). Si può presentare ricorso anche quando l'assicuratore non emette una decisione formale o una decisione su opposizione, nonostante la richiesta della persona interessata. Conformemente alla Legge sul Tribunale federale (LTF), contro la sentenza di un tribunale cantonale delle assicurazioni è possibile presentare ricorso presso il Tribunale federale.

9.2 Chi risponde in caso di cura errata?

Né l'assicuratore né l'organizzazione sanitaria rispondono dell'esattezza specialistica delle cure mediche, bensì lo stesso fornitore delle prestazioni.

10. Emissione ed entrata in vigore

10.1 Quando entrano in vigore le CGA?

Le presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA) entrano in vigore il 1° gennaio 2024. L'assicuratore può apportarvi modifiche in qualsiasi momento.