

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Assicurazione delle cure medico-sanitarie

Med Direct (LAMal)

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?

L'assicurazione Med Direct è una forma dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Le basi legali dell'assicurazione Med Direct 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).

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'azione dell'assicuratore comprende tutta la Svizzera.

1.4 Dove offre l'assicuratore l'assicurazione Med Direct?

Le regioni di premio in cui è offerto Med Direct sono elencate nel documento «Raggio d'attività di Med Direct» pubblicato sulla pagina web di Visana oppure da richiedere presso l'agenzia competente.

1.5 In cosa consiste l'assicurazione Med Direct?

L'assicurazione Med Direct è una forma speciale dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con scelta limitata dei fornitori di prestazioni ai sensi dell'art. 41 cpv. 4 LAMal in relazione all'art. 62 LAMal e agli art. 99-101 dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal).

1.6 Su quale principio si basa l'assicurazione Med Direct?

L'assicurazione Med Direct si basa sul principio dell'assistenza di base fornita da un medico di famiglia scelto personalmente, che garantisce l'assistenza e la consulenza integrale della persona assicurata.

La persona assicurata sceglie un medico di famiglia e si impegna a rivolgersi a lui per tutti i trattamenti e gli esami medici, o a farsi prescrivere da lui il consulto presso terzi. Ad eccezione dei casi d'urgenza e dei casi indicati alla cifra 6.5, per un trattamento ambulatoriale o stazionario occorre prima sempre consultare il medico di famiglia.

1.7 Chi vale come medico di famiglia?

Come medico di famiglia vale ogni medico specialista FMH per la medicina generale, la medicina interna e la pediatria riconosciuti dall'assicuratore e autorizzato a esercitare la professione, attivo nell'assistenza sanitaria di base. Valgono inoltre come medici di famiglia i medici riconosciuti dall'assicuratore che dispongono di una formazione equivalente.

Se l'assicuratore non riconosce più un medico, lo comunica alle sue persone assicurate per iscritto con un anticipo di almeno un mese. In tal caso, l'assicurato può scegliere un altro medico di famiglia o passare all'assicurazione di base dell'assicuratore. Per il passaggio a un altro assicuratore valgono le disposizioni legali in merito alla disdetta.

1.8 Potete sospendere la copertura del rischio d'infortunio?

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). La sospensione deve essere richiesta all'assicuratore per iscritto. Gli assicurati devono notificare all'assicuratore tutte le modifiche della copertura assicurativa contro gli infortuni entro il termine di un mese.

1.9 Potete stipulare una franchigia annua opzionale?

Nell'assicurazione Med Direct è possibile stipulare una franchigia annua opzionale.

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

1.10 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 pubblicate 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'assicurato, 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. Prestazioni

2.1 Che cos'è assicurato?

Le prestazioni corrisposte dall'assicurazione Med Direct si basano esclusivamente sulla LAMal.

2.2 Chi fornisce le prestazioni ambulatoriali?

L'assicurazione Med Direct prevede che i trattamenti ambulatoriali, l'assistenza e la consulenza siano forniti di norma dal medico di famiglia scelto.

2.3 Quali prestazioni ambulatoriali vengono assunte?

L'assicurazione Med Direct assume i costi dei provvedimenti diagnostici e terapeutici, dei medicinali e delle analisi forniti o prescritti dal medico di famiglia, a condizione che la loro assunzione sia prevista dalla LAMal.

2.4 Si può ricorrere ad altri fornitori di prestazioni?

Su prescrizione del medico di famiglia possono essere consultati specialisti o altri fornitori di prestazioni. L'assicurazione Med Direct assume i costi conformemente alla LAMal.

Inoltre, le prestazioni sanitarie fornite da altri fornitori che non siano il medico di famiglia, vengono assunte in caso di situazioni di emergenza. 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 medico di famiglia non può essere raggiunto tempestivamente.

2.5 Quali prestazioni si corrispondono in caso di trattamento stazionario?

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 di un ospedale sull'Elenco del Cantone di domicilio della persona assicurata. Se per motivi medici il trattamento deve essere eseguito in un ospedale non figurante nell'Elenco del Cantone di domicilio, l'assicuratore si fa carico della sua parte conformemente alla tariffa valida per le persone con domicilio nel Cantone di ubicazione della struttura stazionaria. A eccezione delle situazioni d'emergenza, il ricovero negli ospedali per malattie acute deve essere predisposto dal medico di famiglia o deve avvenire con il suo consenso.

2.6 Quali farmaci sono rimborsati dall'assicuratore?

L'assicuratore rimborsa i farmaci più economici per il trattamento della malattia.

2.7 Cosa non è assicurato?

Se la persona assicurata ricorre a prestazioni ambulatoriali o stazionarie senza la prescrizione o il consenso del medico di famiglia, essa ne deve assumere personalmente i costi connessi, eccetto le situazioni di pronto soccorso, come pure le eccezioni indicate alla cifra 6.5. Le prestazioni che vanno oltre quanto prescritto dall'assicurazione legale di base, non sono assicurate.

2.8 Quando dovete 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 inizia il giorno in cui comincia la copertura assicurativa.

Per il diritto alle prestazioni è determinante la data del trattamento.

2.10 Dove vale l'assicurazione?

Per principio le prestazioni vengono corrisposte per le cure medico-sanitarie che hanno luogo in Svizzera.

2.11 Quali prestazioni vengono assunte all'estero?

Durante un soggiorno negli Stati membri dell'UE, in Islanda o in Norvegia, gli assicurati hanno diritto alle cure medico-sanitarie necessarie, tenuto conto 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'emergenza. Si tratta d'emergenza quando gli assicurati 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 gli assicurati si recano all'estero con lo scopo di sottoporsi a trattamento medico. Nell'ambito della legge, l'assicurazione Med Direct 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). Il medico di famiglia non deve essere contattato in caso di prestazioni eseguite all'estero.

2.12 Cosa vale in caso di assicurazione doppia o prestazioni di terzi?

Se per un caso assicurativo sono tenuti a corrispondere prestazioni anche altri assicuratori o terze persone, l'assicurato deve informare l'assicuratore. È inoltre soggetta all'obbligo di notifica la percezione di prestazioni e di accordi. Le dichiarazioni di rinuncia alle prestazioni devono essere notificate all'assicuratore prima della firma. Gli assicurati hanno l'obbligo di notificare i loro diritti nei confronti di altri assicuratori o di terze persone tenute al pagamento.

2.13 Qual è il rapporto nei confronti degli altri assicuratori sociali?

Il rapporto dell'assicurazione Med Direct nei confronti delle altre assicurazioni sociali si basa sulle disposizioni di legge in materia.

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

In caso di 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.

2.15 Come ricevete i vostri rimborsi?

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.

3. Premi e partecipazioni ai costi

3.1 Quali premi dovete pagare?

Il premio dell'assicurazione Med Direct si basa sulla tariffa dei premi dell'assicuratore approvata dall'autorità di vigilanza. Questi vengono calcolati secondo i gruppi d'età. 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.

3.2 Quali gruppi d'età esistono?

Esistono i seguenti gruppi d'età:

- I. bambini fino ai 18 anni compiuti
- II. assicurati dai 19 a 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.

3.3 Quali partecipazioni ai costi dovete pagare?

In casi previsti dalla legge

- gli adulti pagano la franchigia annua e l'aliquota percentuale del 10 %* dei costi eccedenti la franchigia;
- i bambini pagano l'aliquota percentuale del 10 %* e la franchigia annua eventualmente scelta.

*Nel caso di determinati preparati originali e farmaci generici, l'aliquota percentuale può ammontare al 20 %.

La massima aliquota percentuale annua ammonta a CHF 700.– per gli adulti e a CHF 350.– per i bambini. Se più figli di una famiglia sono assicurati presso lo stesso assicuratore, la massima partecipazione ai costi annua totale ammonta a CHF 950.–.

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

In caso di degenze ospedaliere, oltre alla partecipazione ai costi si addebita, nei casi previsti dalla legge, l'importo di CHF 15.– per ogni giorno di degenza.

3.4 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.

3.5 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.

4. Adesione

4.1 Quali sono le condizioni d'ammissione?

L'assicurazione Med Direct può essere stipulata da tutti gli assicurati che hanno il loro domicilio civile in uno dei Cantoni nei quali l'assicuratore offre l'assicurazione Med Direct.

Il passaggio dall'ordinaria assicurazione di base all'assicurazione Med Direct è concesso a tutti gli assicurati domiciliati in un Cantone nel quale l'assicuratore offre l'assicurazione Med Direct ed è possibile in ogni momento con inizio dal primo giorno di un mese.

5. Uscita

5.1 Quali sono i termini di disdetta?

La disdetta ordinaria dell'assicurazione Med Direct può essere data rispettando un termine di preavviso di tre mesi per la fine di un anno civile. La disdetta deve pervenire all'assicuratore al più tardi l'ultimo giorno lavorativo che precede l'inizio del termine di disdetta di tre mesi. 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 trasferimento del domicilio?

Il cambio di domicilio deve essere notificato all'assicuratore entro il termine di un mese. Le conseguenze negative che risultano dall'inosservanza degli obblighi di notifica sono a carico degli assicurati.

5.3 Cosa succede in caso di scioglimento dell'assicurazione Med Direct da parte dell'assicuratore?

Se l'assicurazione Med Direct viene annullata dall'assicuratore per la fine di un anno civile, ciò deve essere comunicato all'assicurato con un preavviso minimo di 2 mesi. Senza un riscontro esplicitamente contrario da parte della persona assicurata o senza la disdetta, si effettua automaticamente il trasferimento all'ordinaria assicurazione di base dell'assicuratore.

5.4 Cosa accade se l'assistenza da parte del medico di famiglia scelto non è più possibile?

Se per motivi legati alla persona assicurata (ad es. trasferimento dell'assicurato in una casa di cura) non è più possibile l'assistenza medica da parte del medico di famiglia, l'assicuratore è autorizzato a trasferire la persona assicurata nell'ordinaria assicurazione di base dell'assicuratore a inizio mese, rispettando un termine di 30 giorni.

6. Doveri degli assicurati

6.1 Come scegliete il vostro medico di famiglia?

Gli assicurati scelgono il loro medico di famiglia tra quelli riconosciuti dall'assicuratore. Si può cambiare il medico di famiglia per l'inizio di un mese, ma comunque al massimo una volta nel corso di un anno civile. Gli assicurati sono tenuti a notificare tale cambio all'assicuratore, rispettando un termine di un mese.

6.2 Come si deve procedere per ricorrere alle prestazioni medico-sanitarie?

Gli assicurati sono tenuti a rivolgersi per tutti i trattamenti e gli esami al medico di famiglia scelto oppure a farsi prescrivere da lui il consulto presso terzi (eccezioni: vedi cifra 6.5). Se il medico di famiglia non è raggiungibile, essi si rivolgono al suo supplente oppure all'organizzazione di pronto soccorso della località di domicilio, rispettivamente di dimora. In caso di ricovero d'urgenza in ospedale o di trattamento presso il medico di pronto soccorso, gli assicurati sono tenuti ad informare al più presto il loro medico di famiglia.

6.3 Come si deve procedere in caso di trattamento stazionario?

Gli assicurati sono tenuti a richiedere il consenso del medico di famiglia (eccetto in situazioni d'emergenza) prima del ricovero in ospedali per malattie acute. Gli assicurati sono inoltre tenuti a inviare all'assicuratore la conferma di prescrizione scritta del medico di famiglia.

6.4 Quali sono i doveri in caso di invio a consulto presso medici specialisti?

Prima di consultare un medico specialista, gli assicurati sono tenuti a richiedere il consenso del loro medico di famiglia. Se un assicurato viene inviato a un consulto presso un medico specialista e questo gli consiglia un trattamento, rispettivamente accertamenti presso un altro medico oppure presso un istituto stazionario, l'assicurato è tenuto ad informare il suo medico di famiglia e a richiedere il suo consenso (eccezioni: vedi cifra 6.5). Gli assicurati sono inoltre tenuti a inviare all'assicuratore la conferma di prescrizione scritta del medico di famiglia.

6.5 A quali prestazioni mediche specialistiche si può ricorrere senza il consenso esplicito del medico di famiglia?

Non è necessario il consenso esplicito per:

1. mezzi ausiliari per la vista per i casi menzionati nell'Elenco dei mezzi e degli apparecchi EMAp
2. le prestazioni per maternità
3. gli esami preventivi ginecologici
4. le affezioni ginecologiche
5. gli esami oftalmologici ambulatoriali
6. le cure dentarie.

6.6 Avete bisogno di un'autorizzazione per le cure balneari?

Le prestazioni legali obbligatorie per le cure balneari vengono corrisposte soltanto se c'è la prescrizione o l'autorizzazione del medico di famiglia.

7. Disposizioni complementari

7.1 Cosa si può fare se non si è d'accordo con una decisione dell'assicuratore?

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

7.2 Sanzioni in caso di violazione degli obblighi previsti da Med Direct

Le persone assicurate che non rispettano gli obblighi di cui ai punti 6.2 a 6.4 e 6.6 delle presenti CGA possono essere sanzionate dall'assicuratore, previa diffida scritta, come segue.

- Dopo la seconda violazione: riduzione del 50% delle prestazioni previste per legge.
- Dopo la terza violazione: rifiuto di assumere le prestazioni. L'assicuratore richiederà il rimborso delle fatture già pagate.
- Dopo la quarta violazione: esclusione dall'assicurazione Med Direct in caso di reiterato comportamento in contravvenzione 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. Una volta avvenuta l'esclusione, la riammissione in un modello assicurativo alternativo presso l'assicuratore è possibile al più presto per l'anno civile successivo.

7.3 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.

7.4 Chi è soggetto all'obbligo di rispettare il segreto?

Tutte le collaboratrici e collaboratori del Gruppo Visana sono soggetti all'obbligo di rispettare il segreto secondo la LPGa.

8. Emissione ed entrata in vigore

8.1 Quando entrano in vigore le CGA?

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