

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Assicurazione delle cure medico-sanitarie

Combi Care (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
- Galenos SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berna 16

I Condizioni generali

1. Basi dell'assicurazione

L'assicurazione Combi Care è una forma dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Le basi legali dell'assicurazione Combi Care 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, nonché le presenti Condizioni generali del contratto d'assicurazione (CGA).

2. Oggetto e caratteristiche di Combi Care

L'assicuratore si assume le conseguenze economiche di malattia, maternità e infortunio.

Al momento di stipulare l'assicurazione, l'assicurato deve scegliere un medico di famiglia fra quelli riconosciuti dall'assicuratore.

In caso di disturbi alla salute, l'assicurato consulta prima il medico di famiglia scelto o il centro di consulenza di telemedicina. Sono escluse dall'obbligo della previa consultazione le circostanze ai sensi dell'art. 8 delle presenti Condizioni generali del contratto d'assicurazione.

3. Chi è considerato medico di famiglia?

È considerato medico di famiglia ogni medico specialista FMH attivo nell'assistenza sanitaria di base per la medicina generale, la medicina interna e la pediatria riconosciuto dall'assicuratore e autorizzato a esercitare la professione. Valgono inoltre come medici di famiglia i medici riconosciuti dall'assicuratore che dispongono di una formazione equivalente. Se l'assicuratore non riconosce più un determinato medico, lo comunica all'assicurato per iscritto. In tal caso, l'assicurato può scegliere un altro medico di famiglia riconosciuto o passare all'assicurazione di base ordinaria.

L'assicurato è tenuto a notificare immediatamente il cambio di medico di famiglia

4. Adesione

Possono stipulare Combi Care tutte le persone che abbiano il proprio domicilio legale (centro degli interessi vitali) in un Cantone in cui l'assicuratore propone Combi Care.

Il cambio dall'assicurazione di base ordinaria a Combi Care è consentito a tutti gli assicurati con domicilio in un Cantone in cui l'assicuratore propone Combi Care e, all'interno dello stesso assicuratore, è possibile in qualsiasi momento per il primo giorno di ogni mese dell'anno.

II Prestazioni

5. Estensione delle prestazioni

L'assicurazione Combi Care comprende tutte le prestazioni obbligatorie previste dalla legge in caso di malattia, infortunio, infermità congenite e maternità, a condizione che il percorso di cura stabilito e le indicazioni fornite (obblighi) vengano rispettati. Sono escluse da tale obbligo le circostanze ai sensi dell'art. 8 delle presenti Condizioni generali del contratto d'assicurazione. La violazione delle indicazioni ricevute (obblighi) comporta sanzioni ai sensi dell'art. 10 delle presenti Condizioni generali del contratto d'assicurazione.

5.1 Prestazioni ambulatoriali

L'assicurazione Combi Care prevede che i trattamenti ambulatoriali, l'assistenza e la consulenza siano forniti di norma dal medico di famiglia scelto o dal centro di consulenza di telemedicina.

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

5.2 Assegnazioni a specialisti

Su prescrizione del medico di famiglia o del centro di consulenza di telemedicina possono essere consultati specialisti o altri fornitori di prestazioni. Le prescrizioni del medico di famiglia a ulteriori fornitori di prestazioni vanno in ogni caso segnalate al centro di consulenza di telemedicina.

Senza la prescrizione del medico di famiglia o del centro di consulenza di telemedicina, le prestazioni di altri fornitori sono assunte soltanto nelle situazioni di emergenza e nelle eccezioni contemplate dall'art. 8 delle presenti Condizioni generali del contratto d'assicurazione. Una situazione è considerata di emergenza quando, per motivi medici, l'assicurato necessita urgentemente di un trattamento e se, per motivi di distanza e/o di tempo, non può raggiungere tempestivamente il medico di famiglia o il centro di consulenza di telemedicina.

5.3 Prestazioni stazionarie

In caso di trattamenti stazionari nel reparto comune di un ospedale presente nell'elenco degli ospedali, l'assicuratore si fa carico della sua parte in base alla tariffa valida nel Cantone di domicilio dell'assicurato per un ospedale figurante nell'elenco degli ospedali. Se, per motivi medici, il trattamento deve essere eseguito in un ospedale che non figura nell'elenco degli ospedali del Cantone di domicilio dell'assicurato, l'assicuratore si

fa carico della sua parte conformemente alla tariffa valida per le persone con domicilio nel Cantone in cui si trova la struttura stazionaria. Ad eccezione delle situazioni di emergenza, il ricovero in ospedali per malattie acute deve essere prescritto dal medico di famiglia o dal centro di consulenza di telemedicina oppure deve avvenire con il loro consenso.

5.4 Prestazioni all'estero

Durante un soggiorno negli Stati membri dell'UE, in Islanda, in Norvegia o nel Regno Unito, le persone assicurate hanno diritto alle cure medico-sanitarie necessarie, tenuto conto del genere di prestazione e della durata presumibile del soggiorno. In caso di soggiorno in altri Stati esteri, il diritto esiste solo per le cure di emergenza. L'emergenza sussiste quando la persona assicurata necessita di cure medico-sanitarie durante un soggiorno temporaneo all'estero e quando il viaggio di rientro in Svizzera non è indicato. Non è considerata situazione di emergenza quando la persona assicurata si reca all'estero con lo scopo di sottoporsi a trattamento medico. Nell'ambito delle disposizioni legali, l'assicurazione Combi Care assume i costi del 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). Prima di usufruire di prestazioni all'estero non è necessario contattare il medico di famiglia o il centro di consulenza di telemedicina.

6. Partecipazione ai costi

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.

III Obblighi e giustificazione del diritto

7. Obbligo di consultazione e rispetto delle indicazioni

L'assicurato, o un terzo al suo posto, è tenuto 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, l'assicurato deve consultare il medico di famiglia o il centro di consulenza di telemedicina. Se il medico di famiglia curante indirizza l'assicurato a un altro medico, un ospedale o una casa di cura, occorre notificarlo al centro di consulenza di telemedicina.

I medici stabiliscono il trattamento opportuno d'intesa con l'assicurato. Le indicazioni fornite sono vincolanti per l'assicurato. Il medico di famiglia o il centro di consulenza di telemedicina stabiliscono il lasso di tempo e i fornitori di prestazioni di un eventuale ulteriore trattamento. Se il lasso di tempo non è sufficiente oppure se si modifica il piano di cura, l'assicurato, prima di usufruire nuovamente di prestazioni, deve richiedere il consenso del medico di famiglia o del centro di consulenza di telemedicina.

La violazione di questi obblighi comporta sanzioni ai sensi dell'art. 10 delle presenti Condizioni generali del contratto d'assicurazione.

8. Eccezioni all'obbligo della previa consultazione

In casi di emergenza non è necessaria la previa presa di contatto con il medico di famiglia o il centro di consulenza di telemedicina.

Una situazione è considerata di emergenza quando, per motivi medici, l'assicurato necessita urgentemente di un trattamento e se, per motivi di distanza e/o di tempo, non può raggiungere tempestivamente il medico di famiglia o il centro di consulenza di telemedicina. L'assicurato è tenuto a notificare i trattamenti di emergenza il più presto possibile al centro di consulenza di telemedicina.

Se si rende necessario un trattamento successivo o una visita di controllo, occorre notificarlo al centro di consulenza di telemedicina prima dell'inizio del trattamento successivo o della visita di controllo. Ricevuto il consenso del centro di consulenza di telemedicina, l'assicurato può proseguire il trattamento successivo o effettuare la visita di controllo presso il fornitore di prestazioni che l'ha curato durante l'emergenza. Se il trattamento successivo o la visita di controllo si svolgono presso il medico di famiglia scelto, non è necessario segnalarlo al centro di consulenza di telemedicina.

Per le seguenti visite e i seguenti trattamenti non è obbligatorio contattare in anticipo il medico di famiglia o il centro di consulenza di telemedicina:

- visite e trattamenti oculistici;
- visite e trattamenti ginecologici, nonché controlli durante e dopo la gravidanza;
- prestazioni fornite e prescritte da pediatri;
- cure dentarie.

9. Obbligo di acquisto di farmaci generici e biosimilari

L'assicurato è tenuto 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 sono sostituiti da generici o biosimilari, a condizione che quest'ultimi siano più economici e che l'assicurato non debba necessariamente assumere il preparato originale per motivi medici.

9.1 Farmaci generici

Come base vale l'elenco «Neue Generikliste mit differenzierendem Selbstbehalt bei Originalen und Generika» [trad.: 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 l'assicurato sceglie un medicamento riportato nell'elenco dei generici dell'UFSP con aliquota percentuale maggiorata nonostante venga offerta un'alternativa più conveniente, l'assicuratore non si assume i costi del medicamento originale.

9.2 Farmaci biosimilari

I biosimilari sono repliche omologate dei medicamenti biologici originali. Se la persona assicurata sceglie un medicamento originale o un biosimilare con aliquota percentuale maggiorata per cui viene offerta un'alternativa più conveniente, i costi del medicamento originale o del biosimilare con aliquota percentuale maggiorata non saranno assunti. I biosimilari omologati con il nome commerciale, il principio attivo e l'indicazione del preparato originale devono essere richiesti al medico di famiglia o al centro di consulenza di telemedicina. Sono esclusi da questa regola i casi nei quali la persona assicurata debba necessariamente assumere, per motivi medici, il preparato originale o il biosimilare soggetto ad aliquota percentuale maggiorata. Ai fini del conteggio delle prestazioni, il fornitore di prestazioni dovrà addurre la prova corrispondente.

10. Sanzioni in caso di violazione degli obblighi previsti da Combi Care

Le persone assicurate che non rispettano gli obblighi di cui ai punti 2, 5, 7 e 9 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 Combi Care 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.

11. Giustificazione del diritto

Il diritto a prestazioni o contributi arretrati si estingue cinque anni dopo la fine del mese per cui era dovuta la prestazione e cinque anni dopo lo scadere dell'anno civile per cui il contributo doveva essere pagato (art. 24 cpv. 1 LPGa).

La partecipazione ai costi si basa sull'art. 6 delle presenti Condizioni generali del contratto d'assicurazione.

12. Cessione e pignoramento di prestazioni

L'assicurato non può né cedere né dare in pegno i crediti nei confronti dell'assicuratore senza l'approvazione di quest'ultimo. Rimane riservata la cessione dei crediti ai fornitori di prestazioni.

IV Inizio e fine dell'assicurazione

13. Inizio dell'assicurazione

Come conferma della copertura assicurativa, l'assicurato riceve una polizza. L'assicurazione inizia alla data riportata nella polizza. L'adesione a Combi Care si basa sulla LAMal e sulle relative disposizioni di ordinanza.

14. Modifiche dell'assicurazione da parte dell'assicurato

Il cambio a una franchigia a scelta più bassa, a un'altra forma di assicurazione o a un altro assicuratore malattie è possibile per la fine dell'anno civile rispettando il termine di disdetta previsto dalla legge.

La copertura in caso di infortuni può essere esclusa su richiesta dell'assicurato, a condizione che quest'ultimo dimostri di disporre di un'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF (Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni) per gli infortuni professionali e non professionali. L'esclusione è valida al più presto a partire dal 1° giorno del mese successivo alla data della richiesta. L'inclusione della copertura contro gli infortuni avviene subito dopo la cessazione dell'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF. La cessazione dell'assicurazione contro gli infortuni deve essere notificata all'assicuratore entro 30 giorni.

15. Modifiche dell'assicurazione da parte dell'assicuratore

Se il medico di famiglia scelto o il centro di consulenza di telemedicina non possono più fornire il trattamento medico, l'assicuratore è autorizzato a trasferire l'assicurato nella sua assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie, per l'inizio del mese civile successivo e con un preavviso di 30 giorni.

In particolare, valgono come motivi i seguenti casi (elenco non esaustivo):

- soggiorno all'estero dell'assicurato per più di tre mesi;
- degenza in una casa di cura, nel reparto di cura di una casa di riposo o in un reparto per malati cronici di un ospedale per malattie acute;
- degenza di lunga durata di oltre tre mesi in un ospedale per malattie acute, in una clinica psichiatrica o in una clinica di riabilitazione o simile;
- se l'assicurato è in esecuzione penale;
- in caso di trasferimento dell'assicurato dal bacino di assistenza sanitaria dell'assicuratore;
- in caso di uscita del medico di famiglia dalla rete dei medici di famiglia riconosciuti dall'assicuratore senza designazione di un nuovo medico di famiglia selezionabile.

16. Uscita

La disdetta ordinaria dell'assicurazione Combi Care 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, l'assicurato 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.

17. Annullamento di Combi Care da parte dell'assicuratore

Se l'assicuratore annulla l'assicurazione Combi Care per la fine di un anno civile, dovrà comunicarlo all'assicurato con almeno due mesi di anticipo. Senza un riscontro esplicitamente contrario da parte dell'assicurato o senza la disdetta di quest'ultimo, si effettua automaticamente il cambio all'assicurazione di base ordinaria.

V Premi

18. Pagamento dei premi e scadenza

I premi devono essere pagati entro la fine del mese precedente (art. 90 OAMal). Possono essere saldati con pagamenti annuali, semestrali, trimestrali, bimestrali o mensili; l'anno di assicurazione inizia sempre il 1° gennaio.

Se l'assicurazione viene cessata anticipatamente, i premi non utilizzati vengono rimborsati pro rata temporis.

L'assicurato non può conteggiare i premi dovuti con le prestazioni arretrate.

19. Mora dei pagamenti

Se, nonostante il sollecito, 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 la procedura di esecuzione. Al contempo, l'assicuratore informa l'ente cantonale competente. Per eventuali premi arretrati si addebita un interesse di mora del 5%.

Le diffide avvengono in forma scritta.

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 di inconvenienza.

L'assicurato in mora non può cambiare assicuratore finché non ha pagato integralmente i premi e le partecipazioni ai costi in arretrato, gli interessi di mora e le spese di esecuzione.

20. 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.

VI Protezione dei dati

21. Protezione dei dati e obbligo di rispettare il segreto in generale

I collaboratori e le collaboratrici dell'assicuratore sono soggetti all'obbligo di rispettare il segreto secondo la LPGA.

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.

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.

22. Scambio di dati

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 osserva-

no i più severi requisiti di legge per il trattamento dei dati personali particolarmente sensibili.

Per quanto riguarda Combi Care, l'assicuratore riceve dal Centro di consulenza di telemedicina i dati personali dei quali ha bisogno per adempiere i compiti conferitigli ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie. In particolare, vengono trasmessi numero d'assicurato, nome e cognome, data di nascita e sesso della persona assicurata nonché numero della fattura, importo della fattura, periodo del trattamento e numero RCC in questione e il nome del fornitore di prestazioni, per permettere all'assicuratore i controlli e la gestione delle inosservanze. L'assicuratore rispetta le disposizioni applicabili sulla protezione dei dati, segnatamente la Legge federale sulla protezione dei dati, e ulteriori direttive di legge, in particolare gli articoli 84, 84a e 84b LAMal.

L'assicuratore trasmette regolarmente al Centro di consulenza medica delle liste in cui sono riportati l'effettivo degli assicurati Combi Care e i dati assicurativi dei clienti assicurati.

VII Giurisprudenza

23. Possibilità legali a disposizione degli assicurati

Se l'assicurato 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 dalla notifica. L'assicuratore esamina l'opposizione ed emana per iscritto una decisione su opposizione motivata, completa di 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.

VIII Ulteriori informazioni

24. Pagamento delle prestazioni

In caso di mancata comunicazione, le spese derivanti dal versamento sono a carico dell'assicurato.

Se l'assicuratore, in virtù di contratti, è debitore di onorari nei confronti del fornitore di prestazioni, gli versa il corrispettivo delle sue prestazioni e fattura all'assicurato la partecipazione ai costi (sistema del terzo pagante).

Fino alla presentazione della domanda di esecuzione l'assicuratore può conteggiare le prestazioni assicurative dovute sia con i premi arretrati, sia con le partecipazioni ai costi arretrate.

25. Obbligo di notifica

L'assicurato è tenuto a notificare immediatamente all'assicuratore tutti i cambiamenti riguardanti il rapporto assicurativo

(cambiamento di nome, di domicilio, medico di famiglia, ecc.). Egli risponde dei danni causati dalla notifica tardiva. Come indirizzo di recapito per le comunicazioni all'assicuratore o per le giustificazioni del diritto nei confronti dell'assicuratore vale l'indirizzo indicato nella polizza.

26. Modifica delle condizioni contrattuali

Le modifiche apportate alle presenti Condizioni generali del contratto d'assicurazione vengono pubblicate nella rivista per i clienti dell'assicuratore e sul sito web di quest'ultimo.

27. Entrata in vigore

Le presenti Condizioni generali del contratto d'assicurazione entrano in vigore il 1° gennaio 2026. Esse sono pubblicate sul sito web dell'assicuratore malattie. L'assicuratore può apportarvi modifiche in qualsiasi momento.