

# Condizioni generali d'assicurazione ai sensi della legge sull'assicurazione malattie (CGA/LAMal)

Edizione 1.1.2019

## Indice

## Scopo dell'assicurazione

### I. Basi dell'assicurazione

---

- Art. 1 Assicuratore
- Art. 2 Basi giuridiche

### II. Persone assicurate

---

- Art. 3 Affiliazione

### III. Inizio, fine e sospensione dell'assicurazione

---

- Art. 4 Inizio e fine dell'assicurazione
- Art. 5 Cambiamento di assicuratore
- Art. 6 Cambiamento in caso di forme di assicurazione particolari
- Art. 7 Sospensione

### IV. Premi e partecipazione ai costi

---

- Art. 8 Premi
- Art. 9 Partecipazione ai costi
- Art. 10 Ritardo nei pagamenti

### V. Prestazioni

---

- Art. 11 Prestazioni assicurate
- Art. 12 Prestazioni all'estero
- Art. 13 Sussidiarietà e sovraindennizzo
- Art. 14 Cessione e compensazione
- Art. 15 Tessera d'assicurato

### VI. Obbligo di notifica e di collaborazione

---

- Art. 16 Aspetti generali
- Art. 17 Obbligo di riduzione del danno

### VII. Contenzioso

---

- Art. 18 Contenzioso

### VIII. Protezione e trattamento dei dati

---

- Art. 19 Protezione e trattamento dei dati

### IX. Disposizioni varie

---

- Art. 20 Interpretazione
- Art. 21 Entrata in vigore

Per una migliore leggibilità, il genere maschile deve intendersi inclusivo anche del genere femminile e viceversa. Tutti i riferimenti a persone devono intendersi applicati a entrambi i generi.

## Condizioni generali d'assicurazione ai sensi della legge sull'assicurazione malattie (CGA/LAMal)

### Scopo dell'assicurazione

L'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie si assume le spese della diagnosi e del trattamento in caso di malattia, infortunio e maternità nell'ambito della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). L'assicurazione d'indennità giornaliera copre una perdita di guadagno nel rispetto delle prescrizioni del diritto federale.

## I. Basi dell'assicurazione

### Art. 1 Assicuratore

1. Le presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA/LAMal) sono valide per la EGK Assicurazioni di base SA in qualità di assicuratore.
2. Con il termine assicuratore si intende la EGK Assicurazioni di base SA.

### Art. 2 Basi giuridiche

1. Costituiscono le basi giuridiche dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione d'indennità giornaliera di malattia la vigente legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) con le relative disposizioni d'esecuzione nonché le CGA/LAMal e le eventuali Condizioni aggiuntive d'assicurazione. Il diritto federale e il diritto cantonale hanno la precedenza sulle presenti CGA/LAMal.
2. Se non diversamente stabilito nelle Condizioni aggiuntive d'assicurazione per le forme particolari di assicurazione o per l'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera, si applicano le presenti CGA/LAMal.
3. Le presenti CGA/LAMal si applicano esclusivamente alle assicurazioni per le cure medico-sanitarie e l'indennità giornaliera gestite dall'assicuratore ai sensi della LAMal.

## II. Persone assicurate

### Art. 3 Ammissione

1. Ogni persona fisica con domicilio in Svizzera ha il diritto di stipulare l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presso l'assicuratore o di presentare la proposta per la stipula di un'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo la LAMal. Il diritto alla stipulazione dell'assicurazione è esteso ad altre persone, se previsto dalla LAMal. Sono fatti salvi gli accordi bilaterali CH-UE/AELS.
2. La volontà di affiliazione deve essere dichiarata in forma scritta e sottoscritta con firma giuridicamente valida. Per le persone che non hanno l'esercizio dei diritti civili la dichiarazione deve essere firmata dal rappresentante legale.

3. Il modulo di proposta e il questionario rilevante per la stipulazione dell'assicurazione devono essere compilati in modo completo e veritiero. All'assicuratore deve essere recapitata tutta la documentazione necessaria per l'affiliazione.
4. Sono assicurate le persone riportate nella polizza assicurativa.

## III. Inizio, fine e sospensione dell'assicurazione

### Art. 4 Inizio e fine dell'assicurazione

1. Ogni persona domiciliata in Svizzera deve assicurarsi, o farsi assicurare dal suo rappresentante legale, per le cure medico-sanitarie entro 3 mesi dall'acquisizione del domicilio o dalla nascita in Svizzera.  
Se l'affiliazione di una persona assicurata è tempestiva ai sensi dell'art. 3 LAMal, l'assicurazione inizia dal giorno della nascita o dell'acquisizione del domicilio nell'area d'attività dell'assicuratore. Sono fatte salve le disposizioni per le persone ai sensi dell'art. 3 cpv. 2 e 3 LAMal.
2. In caso di affiliazione tardiva, l'assicurazione inizia dal giorno dell'affiliazione e sarà applicato un supplemento di premio ai sensi dell'art. 5 cpv. 2 LAMal. Il supplemento di premio è riscosso per una durata pari al doppio del ritardo, tuttavia non oltre i cinque anni. L'ammontare del supplemento di premio è compreso tra il 30% e il 50% del premio. L'assicuratore stabilisce il supplemento in base alla situazione finanziaria della persona assicurata. Se il pagamento del supplemento di premio risulta oltremodo gravoso per la persona assicurata, l'assicuratore stabilisce un supplemento inferiore al 30%.
3. L'assicurazione ha termine:
  - 3.1 mediante disdetta scritta, giuridicamente valida e presentata entro i termini
  - 3.2 in caso di decesso
  - 3.3 con l'uscita dall'area di attività dell'assicuratore
  - 3.4 L'assicurazione d'indennità giornaliera termina con l'estinzione del diritto massimo al rimborso o con l'esclusione dall'assicurazione da parte dell'assicuratore.
    - 3.4.1 Un'esclusione dall'assicurazione d'indennità giornaliera è possibile se il comportamento di una persona assicurata risulta illecito oppure ingiustificabile e se il mantenimento dell'assicurazione d'indennità giornaliera non è più sostenibile. La persona assicurata deve essere messa a conoscenza anticipatamente di questa sanzione.

## Condizioni generali d'assicurazione ai sensi della legge sull'assicurazione malattie (CGA/LAMal)

3.4.2 Sono considerati comportamenti illeciti in particolare i seguenti casi:

- compilazione non veritiera della proposta d'assicurazione;
- violazione arbitraria o grave delle prescrizioni del medico;
- ritardo nel pagamento dei premi dopo diffida rimasta senza esito.

### Art. 5 Cambiamento di assicuratore

---

1. La persona assicurata può passare ad altra società d'assicurazioni mediante comunicazione scritta, nel rispetto del termine di disdetta di tre mesi, con effetto al 30 giugno e al 31 dicembre e, per le forme particolari di assicurazione (ad es. franchigia annua opzionale o assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni), esclusivamente al 31 dicembre.
2. Quando viene comunicato il nuovo premio, l'assicurato può cambiare assicuratore con la fine del mese che precede l'entrata in vigore del nuovo premio, osservando un termine di disdetta di un mese. L'assicuratore deve notificare agli assicurati i nuovi premi approvati dall'Ufficio federale della sanità pubblica almeno due mesi prima della loro applicazione e far loro presente il diritto di cambiare assicuratore.
3. L'adeguamento del premio a seguito del cambiamento di domicilio non dà diritto al cambiamento di assicuratore.
4. La disdetta o il cambiamento di assicuratore hanno validità unicamente se comunicati per iscritto e nel rispetto dei termini. La disdetta si considera effettuata entro i termini se è pervenuta all'assicuratore entro l'ultimo giorno lavorativo precedente la scadenza del termine di disdetta. La data del timbro postale non è determinante. In caso di mancato rispetto di queste prescrizioni, l'assicurazione resta presso l'assicuratore precedente.
5. La disdetta non è valida se entro la scadenza del termine di disdetta l'assicurato non ha saldato interamente i premi, le partecipazioni ai costi, gli interessi di mora e le spese di esecuzione arretrati.
6. Il rapporto assicurativo con l'assicuratore precedente cessa solo se il nuovo assicuratore gli ha comunicato che la persona in questione è assicurata presso di lui senza interruzione della copertura assicurativa. Se il nuovo assicuratore omette questa notifica, dovrà risarcire alla persona assicurata il danno che ne risulta, in particolare la differenza di premio. Non appena l'assicuratore precedente ha ricevuto la notifica, comunica alla persona assicurata la data a partire dalla quale non è più assicurata presso di lui.

### Art. 6 Cambiamento in caso di forme particolari di assicurazione

---

1. Tutte le persone assicurate possono scegliere l'assicurazione con franchigia opzionale. La scelta di una franchigia superiore può avvenire solo a partire dall'inizio di un anno civile.
2. Il passaggio a una franchigia inferiore o a un'altra forma di assicurazione è possibile esclusivamente alla fine di un anno civile, osservando un termine di disdetta di tre mesi oppure di un mese in caso di comunicazione del nuovo premio.

### Art. 7 Sospensione

---

1. La copertura degli infortuni può essere sospesa se la persona è interamente assicurata per questo rischio a titolo obbligatorio ai sensi della Legge federale contro gli infortuni (LAINF). L'assicuratore procede alla sospensione su richiesta della persona assicurata, se quest'ultima dimostra di essere interamente assicurata contro gli infortuni professionali e non professionali ai sensi della LAINF. La richiesta dovrà essere inoltrata per iscritto. In tal caso il premio viene ridotto corrispondentemente. La sospensione inizia non prima del 1° giorno del mese che segue la richiesta.
2. Gli infortuni sono coperti ai sensi della LAMal non appena la copertura dell'infortunio ai sensi della LAINF cessa in tutto o in parte. La persona assicurata deve tuttavia informare l'assicuratore entro un mese in merito alla necessità di includere la copertura degli infortuni. In caso di comunicazione tardiva, l'assicuratore può esigere il pagamento della quota del premio per la copertura degli infortuni, interessi di mora compresi, per il periodo che intercorre tra la cessazione della copertura degli infortuni ai sensi della LAINF e il momento in cui l'assicuratore ne è giunto a conoscenza.
3. L'assicuratore si assume i costi dei postumi di quegli infortuni che assicurava prima della sospensione dell'assicurazione.
4. L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è sospesa per le persone che sono soggette alla legge federale sull'assicurazione militare (LAM) per più di 60 giorni consecutivi.

## IV. Premi e partecipazione ai costi

---

### Art. 8 Premi

---

1. I premi sono fissati sulla base delle tariffe approvate dell'autorità di vigilanza. I premi variano in funzione delle fasce d'età e delle regioni. Per i minorenni è riscosso un premio inferiore a quello degli adulti. Per i giovani adulti fino al compimento dei 25 anni di età può essere applicato un premio inferiore a quello della fascia d'età degli adulti.

## Condizioni generali d'assicurazione ai sensi della legge sull'assicurazione malattie (CGA/LAMal)

2. L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie prevede le seguenti fasce d'età:
  - minorenni fino a 18 anni;
  - giovani adulti dai 19 ai 25 anni;
  - adulti dai 26 anni.
3. Il premio si applica fino alla fine dell'anno civile in cui la persona assicurata ha compiuto il 18° o il 25° anno di età.
4. Al cambiamento della fascia d'età vengono mantenuti il livello di franchigia della precedente copertura assicurativa e la forma assicurativa scelta. In ogni caso la persona assicurata ha il diritto di richiedere entro 30 giorni dal ricevimento della polizza una modifica della copertura assicurativa per l'anno civile successivo.
5. I premi e le fasce d'età nell'ambito dell'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera sono stabiliti sulla base delle tariffe approvate dall'autorità di vigilanza e delle Condizioni aggiuntive d'assicurazione determinanti.
6. I premi devono essere pagati anticipatamente e di norma con cadenza mensile. Se specificatamente concordato, i premi possono essere versati su base bimestrale, trimestrale, semestrale o annuale. L'assicuratore può concedere uno sconto per il pagamento annuale o semestrale.

### Art. 9 Partecipazione ai costi

1. Fatte salve le eccezioni di legge, la persona assicurata partecipa ai costi delle prestazioni di cui beneficia. La partecipazione ai costi si compone di un importo annuo fisso definito dalla legge (franchigia) e di un'aliquota percentuale. Per i ricoveri ospedalieri e nei casi previsti dalla legge è riscosso un contributo giornaliero in aggiunta alla partecipazione ai costi.
2. Per le prestazioni particolari definite nell'art. 29 LAMal relativamente alla maternità non viene riscosso alcun importo di partecipazione ai costi. Allo stesso modo nessun contributo di partecipazione ai costi è riscosso per le prestazioni di cura ai sensi dell'art. 25 e 25a LAMal dalla 13a settimana di gravidanza e fino a otto settimane dopo la nascita.
3. L'aliquota percentuale per l'acquisto di farmaci originali, per i quali è disponibile il medicamento generico, può essere superiore all'aliquota percentuale standard.
4. La persona assicurata può scegliere una franchigia più elevata per ridurre il proprio premio. Le possibili franchigie annue opzionali sono fissate dalla legge e le corrispondenti riduzioni dei premi risultano dal tariffario dei premi.
5. Sono fatte salve le ulteriori prestazioni per le quali il Dipartimento federale dell'interno prevede una partecipazione ai costi più alta, più bassa o nessuna partecipazione ai costi.

6. Per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale è determinante la data del trattamento o la data del ricorso alle prestazioni assicurate.

### Art. 10 Ritardo nei pagamenti

1. Se la persona assicurata non paga i premi e le partecipazioni ai costi dovuti nonostante il sollecito scritto, l'assicuratore le notifica una diffida di pagamento concedendole una proroga per il pagamento. Se, nonostante la diffida di pagamento, la persona assicurata non salda entro la scadenza della proroga i premi dovuti, comprensivi di interessi di mora e partecipazione ai costi, l'assicuratore avvia la procedura d'esecuzione. Su richiesta dei cantoni l'assicuratore comunica all'ufficio cantonale competente il nominativo della persona assicurata destinataria dell'esecuzione.
2. L'assicuratore applica una tassa di sollecito per la diffida di pagamento. Le spese della procedura d'esecuzione sono addebitate alla persona assicurata in mora. Inoltre può essere applicata una tassa adeguata per l'elaborazione della pratica a copertura degli oneri derivati dal ritardato pagamento.
3. Si può inoltre riscuotere una tassa per accordi su pagamenti rateali in caso di morosità.

## V. Prestazioni

### Art. 11 Prestazioni assicurate

1. Sulla base delle presenti CGA/LAMal l'assicuratore si fa carico delle prestazioni assicurative prescritte dalla legge. Per gli infortuni, l'assicuratore si fa carico delle stesse prestazioni del caso di malattia.
2. È considerato infortunio qualsiasi effetto dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte.
3. Sono esclusi dalla copertura dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie gli infortuni per i quali deve risponderne un'altra assicurazione contro gli infortuni.
4. Il diritto alla prestazione sorge con l'inizio dell'assicurazione e continua a sussistere per la durata dell'assicurazione. Non sussiste alcun diritto alle prestazioni per le spese sostenute dopo il termine dell'assicurazione. Risulta determinante la data del trattamento o il momento in cui si ricorre alla prestazione assicurata.
5. Per avvalersi delle prestazioni assicurative è necessario presentare all'assicuratore le fatture dettagliate entro cinque anni dalla loro emissione. Scaduto detto termine decade ogni diritto alle prestazioni.

## Condizioni generali d'assicurazione ai sensi della legge sull'assicurazione malattie (CGA/LAMal)

6. In linea di massima le fatture e la documentazione devono essere presentate in tedesco, francese, italiano o inglese. Per le fatture e la documentazione in altre lingue, l'assicuratore ha la facoltà di richiedere una traduzione da parte di uno studio di traduzioni ufficiale a spese dell'assicurato.
7. L'assicuratore richiederà la restituzione delle prestazioni percepite per errore o in modo illegittimo.

### Art. 12 Prestazioni all'estero

---

1. In linea generale le prestazioni sono fornite per i trattamenti e i compensi erogati in Svizzera. L'entità dell'assunzione dei costi per le prestazioni all'estero è disciplinata dall'art. 36 e segg. dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal).
2. Durante un soggiorno nell'area UE/AELS la persona assicurata ha diritto ai trattamenti medico-sanitari necessari, tenuto conto del tipo di prestazioni e della durata presumibile del soggiorno. L'assunzione dei costi è basata sull'obbligo alla prestazione e sulla tariffa dell'assicurazione sociale dello stato di soggiorno.
3. In caso di soggiorno in altri paesi esteri sussiste unicamente il diritto ai trattamenti d'urgenza. Si è in presenza di urgenza quando, durante un soggiorno temporaneo all'estero, la persona assicurata deve sottoporsi a un trattamento medico e non è in grado di affrontare il viaggio di rientro in Svizzera. L'obbligo di rimborso dell'assicuratore è disciplinato dalla legge svizzera sull'assicurazione malattie e non può superare il limite massimo del doppio dei costi che sarebbero rimborsati in Svizzera.
4. Non sussiste alcun obbligo alla prestazione se la persona assicurata si reca all'estero unicamente allo scopo di usufruire di un trattamento.

### Art. 13 Sussidiarietà e sovraindennizzo

---

1. La persona assicurata è obbligata a informare l'assicuratore in merito all'obbligo alla prestazione di altre assicurazioni sociali e ai versamenti delle prestazioni erogate da altre assicurazioni o da terzi civilmente responsabili, qualora l'assicuratore debba corrispondere prestazioni per lo stesso caso assicurato.
2. Le prestazioni dell'assicurazione o la loro concomitanza con prestazioni di altre assicurazioni sociali non devono comportare complessivamente un sovraindennizzo della persona assicurata. Per il calcolo del sovraindennizzo si considerano le prestazioni di eguale natura e scopo versate all'avente diritto per il caso assicurato.

3. Se l'assicuratore eroga alla persona assicurata prestazioni anticipate per un caso assicurato di cui sono responsabili terzi, l'assicuratore subentra nei diritti della persona assicurata nei confronti di detti terzi al momento dell'evento fino all'ammontare delle prestazioni di legge erogate. L'assicuratore fa valere tali diritti presso i terzi. Ciò non si applica per la franchigia e l'aliquota percentuale o per altre prestazioni non prescritte dalla legge, che devono essere fatte valere dalla persona assicurata direttamente presso i terzi.

### Art. 14 Cessione e compensazione

---

Senza l'accordo esplicito dell'assicuratore, la persona assicurata non è autorizzata a cedere, a costituire in pegno né a compensare i propri diritti alle prestazioni.

### Art. 15 Tessera d'assicurato

---

1. La tessera d'assicurato attesta l'esistenza dell'assicurazione nei confronti dei fornitori di prestazioni. Se i relativi contratti sono in vigore, essa dà inoltre diritto ad usufruire delle prestazioni senza esborso (ad es. ad ottenere in farmacia i medicinali prescritti dal medico e autorizzati).
2. La presentazione della tessera d'assicurato presso gli ospedali in Svizzera non implica una garanzia dei costi giuridicamente vincolante e non sostituisce la garanzia di assunzione delle spese da parte dell'assicuratore.
3. Per i trattamenti medici necessari nell'area UE/AELS occorre presentare la tessera d'assicurato. La persona assicurata ha pertanto il diritto a ricevere le prestazioni da parte dei fornitori di prestazioni pubblici in conformità alla tariffa dell'assicurazione sociale dello stato di soggiorno.
4. La tessera d'assicurato è valida esclusivamente finché sussiste il rapporto contrattuale, anche se fosse stata emessa per una durata maggiore. Dopo il termine del rapporto contrattuale non può più essere utilizzata per ottenere le prestazioni e deve essere immediatamente distrutta. Non può essere prestata, ceduta né resa disponibile a terzi. In caso di perdita o smarrimento occorre informare immediatamente l'assicuratore.
5. In caso di utilizzo illecito della tessera d'assicurato da parte della persona assicurata, questa è tenuta a rispondere dei danni conseguenti. In particolare dovranno essere rimborsate all'assicuratore le prestazioni assicurative indebitamente percepite.

## Condizioni generali d'assicurazione ai sensi della legge sull'assicurazione malattie (CGA/LAMal)

### VI. Obbligo di notifica e di collaborazione

#### Art. 16 Aspetti generali

1. Per beneficiare delle prestazioni in caso d'infortunio occorre compilare e presentare il modulo di notifica d'infortunio. La notifica d'infortunio deve essere recapitata all'assicuratore entro 10 giorni dal verificarsi dell'infortunio.
2. La persona assicurata prende atto che, ai sensi delle disposizioni di legge in materia di assistenza giudiziaria e amministrativa, l'assicuratore ha la facoltà di ottenere da terzi o rendere loro noti dati e informazioni. La persona assicurata è tenuta a fornire all'assicuratore le informazioni e la documentazione necessarie per l'accertamento dell'obbligo assicurativo e del diritto alle prestazioni e per la determinazione dei premi. L'assicurato prende atto che l'assicuratore è autorizzato a prendere visione degli atti dei fornitori di prestazioni o delle autorità e a trattarne i dati.
3. Per l'accertamento dell'obbligo alla prestazione di legge, l'assicuratore può ottenere da medici e altri specialisti rapporti e perizie, in particolare sullo stato di salute o sulla capacità lavorativa della persona assicurata. Su richiesta scritta la persona assicurata autorizza l'assicuratore a ottenere da terzi o rendere loro noti ulteriori dati e informazioni.
4. Nel caso in cui per le prestazioni di legge sia competente un altro assicuratore sociale, la persona assicurata ha l'obbligo di presentare la relativa notifica. Qualora rifiuti di presentare la notifica, l'assicuratore può avvalersi del proprio diritto di notifica.
5. La persona assicurata ha l'obbligo di comunicare per iscritto all'assicuratore entro un mese ogni modifica della situazione personale rilevante per il rapporto assicurativo (ad es. cambiamento di domicilio, di cognome, del pagatore del premio, del rappresentante legale ecc.).
6. In caso di assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera, la persona richiedente deve rispondere a tutte le domande della dichiarazione sullo stato di salute in modo completo e veritiero. Inoltre deve mettere a disposizione tutti i documenti necessari per la valutazione di rischio e per la determinazione delle prestazioni assicurative. La persona richiedente o la persona assicurata devono autorizzare terzi a mettere a disposizione dell'assicuratore rapporti medici, perizie, radiografie, giustificativi delle prestazioni di terzi ecc.
7. L'assicuratore può esigere che la persona assicurata si sottoponga a visita medica a spese dell'assicuratore presso un medico di fiducia, uno specialista incaricato o un medico di sua scelta.
8. Gli svantaggi risultanti dalla violazione dell'obbligo di notifica e collaborazione sono a carico della persona assicurata.

#### Art. 17 Obbligo di riduzione dei danni

In caso di malattia, maternità o infortunio la persona assicurata deve fare tutto il necessario per favorire la propria guarigione ed evitare tutto ciò che può ostacolarla o ritardarla. Nell'ambito dei trattamenti e delle visite la persona assicurata deve attenersi a quanto disposto dal fornitore di prestazioni riconosciuto che è incaricato delle cure. L'assicurato non deve indurre il fornitore di prestazioni a effettuare trattamenti, esami o accertamenti non necessari e antieconomici. Se la persona assicurata ostacola la propria guarigione o si rifiuta di collaborare con l'assicuratore, le prestazioni possono essere decurtate o rifiutate.

### VII. Contenzioso

#### Art. 18 Contenzioso

1. Qualora la persona assicurata non condivida una decisione dell'assicuratore, può richiedere che questo rilasci entro 30 giorni una decisione scritta e motivata con indicazione dei rimedi giuridici.
2. La persona assicurata può presentare all'assicuratore opposizione contro la sua decisione entro 30 giorni dal rilascio. L'opposizione deve essere motivata.
3. Contro la decisione su opposizione dell'assicuratore è possibile presentare ricorso presso il competente tribunale delle assicurazioni cantonale entro 30 giorni dal rilascio. È possibile rivolgersi al tribunale delle assicurazioni del cantone anche qualora l'assicuratore, contrariamente alla richiesta della persona assicurata, non rilasci una decisione o una decisione su opposizione.
4. Contro le decisioni del tribunale delle assicurazioni è possibile presentare ricorso entro 30 giorni presso il Tribunale federale ai sensi della legge sul tribunale federale.

### VIII. Protezione e trattamento dei dati

#### Art. 19 Protezione e trattamento dei dati

1. La protezione dei dati è disciplinata dalla LAMal, dalla LPGA e dalla legge federale sulla protezione dei dati. I collaboratori dell'assicuratore sono soggetti all'obbligo di segretezza a norma di legge.
2. L'assicuratore adotta le misure tecniche e organizzative necessarie per garantire una protezione dei dati moderna e adeguata. Il regolamento per il trattamento dei dati e ulteriori documenti rilevanti ai fini della protezione, del trattamento e della sicurezza dei dati sono disponibili sulla home page dell'assicuratore.

## Condizioni generali d'assicurazione ai sensi della legge sull'assicurazione malattie (CGA/LAMal)

3. L'assicuratore può offrire servizi anche online. A tale scopo si applicano convenzioni e condizioni di utilizzo supplementari che la persona assicurata deve accettare quando si avvale dei servizi online. Fatti salvi altri regolamenti, queste convenzioni e condizioni di utilizzo sono vincolanti per la persona assicurata.
4. Ai sensi della LAMal, l'assicuratore è autorizzato a trattare direttamente o tramite terzi i dati delle persone assicurate, compresi i dati e i profili della personalità degni di particolare protezione, per poter adempiere i compiti attribuitigli ai sensi della LAMal e della legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie (LVAMal). A tale scopo può incaricare terzi dello svolgimento di attività e della fornitura di servizi, se non vietato dalle prescrizioni di legge. I fornitori sono obbligati per contratto a trattare i dati solo per lo scopo previsto per l'assicuratore stesso e a garantire la protezione e la sicurezza dei dati nello stesso ambito applicabile all'assicuratore stesso.

## IX. Disposizioni varie

---

### Art. 20 Interpretazione

---

La versione originale delle presenti CGA/LAMal è quella tedesca. Le altre versioni linguistiche sono traduzioni. In caso di differenze di interpretazione, fa fede il testo tedesco.

### Art. 21 Entrata in vigore

---

Le presenti CGA/LAMal entrano in vigore il 1° gennaio 2019. Esse possono essere modificate in qualsiasi momento, fatta salva la precedente approvazione dell'autorità di vigilanza.

