

Disposizioni quadro settoriali relative a «Prestazioni supplementari LCA»

Misure comuni degli assicuratori malattie complementari svizzeri

Valide da giugno 2021





Premessa

Situazione iniziale e obiettivi del progetto

Nel settore dell'assicurazione complementare ospedaliera è accertata una necessità di intervento a favore di una maggiore trasparenza e tracciabilità. Negli ultimi anni legislatore, politica e opinione pubblica hanno costantemente aumentato la pressione sul mercato delle assicurazioni complementari ospedaliere. Il 2 settembre 2020 la Segreteria di Stato per le questioni finanziarie internazionali (SFI) ha pubblicato un documento di base e il 29 ottobre 2020 la FINMA ha formulato le proprie idee per un nuovo orientamento.

L'obiettivo del settore è offrire prodotti concorrenziali, interessanti e orientati alle esigenze degli assicurati. Per questo motivo l'ASA, in accordo con i CEO delle società affiliate, ha deciso di affrontare congiuntamente le questioni attuali dell'assicurazione complementare ospedaliera nel progetto settoriale «Prestazioni supplementari LCA».

Le presenti Disposizioni settoriali sono il risultato di tale progetto. Parallelamente le società affiliate hanno già iniziato a elaborare e ad attuare piani d'azione specifici alle singole società.

Struttura e scopo del documento

Nel presente documento vengono spiegati i principi elaborati nel quadro del progetto «Prestazioni supplementari LCA» (per «prestazioni supplementari» si intendono prestazioni supplementari e complementari risp. valori aggiunti singoli o sotto forma di pacchetti). Gli undici «principi generali» sono suddivisi in quattro categorie che tengono conto della definizione, della valutazione, del conteggio e del futuro delle prestazioni supplementari. Per concretizzare il contenuto dei principi ci si appoggia su spiegazioni e, laddove necessario, anche su delimitazioni, requisiti minimi e precisazioni.

Nel piano strategico vengono indicate le tappe principali dell'attuazione dei principi.

In allegato sono elencate tutte le società che partecipano all'attuazione. Il compito di aggiornare l'elenco spetta all'ASA; le società sono tenute a comunicare immediatamente eventuali modifiche.

Disclaimer

Nell'elaborazione delle Disposizioni quadro settoriali sono state considerate tutte le prescrizioni del diritto della concorrenza secondo scienza e coscienza. Tutti i lavori dell'ASA e degli assicuratori coinvolti sono avvenuti entro le norme consentite dal diritto della concorrenza.

Per motivi legati alla leggibilità, nel presente documento si è optato per il maschile generico. La forma femminile e le altre identità di genere sono indicate espressamente qualora necessarie per il messaggio.

Principi per la definizione delle prestazioni supplementari

Principio 1

Le prestazioni supplementari vengono considerate in base al livello di prestazioni dell'AOMS del rispettivo fornitore di prestazioni; nella considerazione viene integrata una visione generale del mercato laddove necessario per evitare falsi incentivi o svantaggi sistematici.

Spiegazione

Il rilevamento del livello di prestazioni dell'AOMS avviene sulla base di proposte plausibili da parte dei fornitori di prestazioni a destinazione dei singoli assicuratori, le quali descrivono le prestazioni di base¹ e supplementari² con un sufficiente grado di dettaglio, distinguendole dalle prestazioni di base (cfr. principio 4 relativo al catalogo delle prestazioni supplementari).

I singoli assicuratori possono procedere a confronti di mercato dei diversi livelli di prestazioni dell'AOMS tra i diversi fornitori di prestazioni. Essi possono servire a completare o a precisare la distinzione tra prestazioni supplementari e prestazioni di base, in particolare per evitare che fornitori di prestazioni siano avvantaggiati o svantaggiati.

Limitazione

Spetta al singolo fornitore di prestazioni mostrare il relativo livello di prestazioni dell'AOMS nonché il confine tra prestazioni supplementari e prestazioni di base. Gli assicuratori non procedono a un rilevamento comune del livello di prestazioni dell'AOMS dei fornitori di prestazioni.

Valutare il prezzo dell'AOMS non rientra tra gli obiettivi del presente progetto.

Requisiti minimi

Evitare falsi incentivi o svantaggi sistematici: l'esame delle prestazioni supplementari deve avvenire come minimo in modo tale che i fornitori di prestazioni con livello di prestazioni nettamente superiore o inferiore alla media non vengano né avvantaggiati, né svantaggiati.

Definizione del livello di prestazioni dell'AOMS: l'osservanza di una situazione generale del mercato nella definizione del livello di prestazioni dell'AOMS è dettata da processi di determinazione del prezzo chiaramente definiti e dalla relativa analisi comparativa nel settore dell'AOMS.

Precisazioni

Visione generale del mercato: la visione generale del mercato implica un confronto, allestito dall'assicuratore, tra i diversi livelli di prestazioni dell'AOMS di diversi fornitori di prestazioni (ad es. in una regione; tra fornitori di prestazioni con mandati di prestazione uguali, ecc.).

Livello di prestazioni dell'AOMS di ospedali convenzionati: nel caso di ospedali convenzionati a cui le persone con assicurazione di base non hanno accesso, già il solo accesso viene considerato una prestazione supplementare (in considerazione dell'art. 49a capoverso 4 LAMal).

Principio 2

Le prestazioni supplementari tra fornitori di prestazioni e singoli assicuratori si distinguono nelle categorie Prestazioni cliniche, Prestazioni mediche e Servizio alberghiero/comfort.

Spiegazione

I fornitori di prestazioni preparano i cataloghi delle prestazioni supplementari in modo strutturato per semplificare ai singoli assicuratori la valutazione e la distinzione delle prestazioni supplementari e aumentare la comparabilità dei diversi cataloghi dei fornitori di prestazioni.

Esempi di prestazioni supplementari per categoria (elenco non esaustivo).

Prestazioni cliniche: in particolare prestazioni legate all'organizzazione e ai processi con pianificazione individuale del ricovero come ad es. libera scelta della data (data preferita) e pianificazione flessibile del trattamento, come pure libera scelta della struttura ospedaliera, orari di visita individuali, offerta ampliata di farmaci e terapie, prestazioni di cura complementari, ecc.

Prestazioni mediche: libera scelta del medico, maggiore disponibilità del medico, visite più lunghe, prestazioni combinate al di fuori dell'AOMS, ecc.

Servizio alberghiero/comfort: scelta del menù, servizi di trasporto, prestazioni supplementari³ come posteggio o wellness, ecc.

Requisiti minimi

Scelta del medico in base alla persona e alle qualifiche: l'assicurato viene coinvolto nella scelta esplicita e implicita del medico che si occupa del caso nonché dell'assistenza particolare del paziente. Il paziente ha inoltre un diritto di veto per quanto riguarda l'assegnazione del medico (medico quadro) che si occupa del caso. Il fornitore di prestazioni documenta l'informazione del paziente.

Coinvolgimento di altri medici: il paziente deve essere informato circa il coinvolgimento di altri medici (oltre al medico

che si occupa del caso) e il tutto deve essere documentato. Il paziente ha inoltre un diritto di veto.

Accesso più rapido/prioritario: un accesso più rapido e prioritario alle prestazioni mediche – non dettato da un'urgenza medica – può essere considerato una prestazione supplementare se supera il livello di prestazioni dell'AOMS.

Precisazioni

Definizione di Prestazione clinica: «le prestazioni supplementari nel settore «Prestazioni cliniche» comprendono tutte le prestazioni legate al trattamento nei settori cura, amministrazione e altre prestazioni assistenziali che non sono contemplate nel livello di prestazioni dell'AOMS di un rispettivo fornitore di prestazioni». Le prestazioni supplementari comprendono tutte le «prestazioni di base fisse» e i mezzi di produzione inefficienti dei fornitori di prestazioni in seguito alla promessa di occuparsi di prestazioni di natura organizzativa e legate alla procedura (pianificazione e percorsi di trattamento individuali). Includono tra le altre cose un'offerta più ampia di farmaci e terapie nonché prestazioni di cura complementari.

Definizione di Prestazione medica: «le prestazioni supplementari nel settore «Prestazioni mediche» comprendono tutte le diagnosi e i trattamenti che rientrano nell'attività professionale di un medico, ma che vanno oltre il livello di prestazioni dell'AOMS di un rispettivo fornitore di prestazioni, come pure le prestazioni che permettono la scelta del medico che si occupa del caso».

Definizione di Servizio alberghiero/comfort: «le prestazioni supplementari nel settore «Servizio alberghiero/comfort» comprendono prestazioni che non hanno un riferimento medico o terapeutico diretto e relative a servizio alberghiero, gastronomia e comfort che vanno oltre il livello di prestazioni dell'AOMS del rispettivo fornitore di prestazioni».

Principio 3

Una prestazione supplementare deve essere definita in un contratto, accertabile, valutabile e utilizzabile.

Spiegazione

Tutti i tipi di prestazione supplementare vengono documentati in un contratto di prestazioni supplementari tra il singolo fornitore di prestazioni e l'assicuratore: il contratto definisce contenuto e misura delle prestazioni supplementari in modo tale da rendere possibile la valutazione delle prestazioni e la verifica della fornitura di prestazioni.

Limitazione

Gli strumenti per misurare e valutare le prestazioni supplementari vengono sviluppati dai singoli assicuratori.

Requisiti minimi

Elementi del contratto sulle prestazioni supplementari: per favorire trasparenza e tracciabilità, un contratto sulle prestazioni supplementari disciplina almeno gli elementi seguenti.

1. Catalogo delle prestazioni supplementari (cfr. principio 4) incl. descrizione delle prestazioni essenziali⁴ nel quadro di pacchetti di prestazioni (cfr. principio 9).
2. Obblighi delle parti contrattuali nei confronti di pazienti/utenti.
3. Requisiti di governance nei confronti dei fornitori di prestazioni: ad es. requisiti posti alla trasparenza, controlling interno od obblighi di documentazione e di certificazione nel quadro della fornitura di prestazioni.
4. Adeguamenti del contratto/disdetta: ad es. in caso di modifica dell'offerta di prestazioni da parte del fornitore di prestazioni.

5. Scambio di dati: ad es. regolamentazione relativa al formato e al tempo a disposizione per la trasmissione dei dati nel quadro dei controlli.

6. Fatturazione elettronica.

7. Sanzioni: ad es. in caso di mancato adempimento delle prestazioni definite nel contratto.

8. Struttura ed elementi essenziali del conteggio (cfr. principio 9).

9. Invio di una copia della fattura a pazienti/utenti.

Precisazioni

Possibilità di utilizzo delle prestazioni supplementari: sono considerate «utilizzabili» solo le offerte che sono a disposizione di un paziente in un determinato momento e che sono effettivamente utilizzabili in base alle condizioni mediche; sono comprese anche opzioni/«prestazioni di base fisse»⁵, indipendentemente dal fatto che vengano utilizzate o meno dal paziente.

Principio 4

Un catalogo delle prestazioni supplementari del fornitore di prestazioni destinato al singolo assicuratore crea la base per la valutazione, il conteggio e il controllo delle prestazioni.

Spiegazione

Il relativo fornitore di prestazioni allestisce il catalogo delle prestazioni supplementari con una struttura standard e plausibile insieme all'assicuratore (cfr. principio 2) e lo mette a disposizione del singolo assicuratore. Gli assicuratori verificano le prestazioni supplementari indicate.

Le prestazioni supplementari vengono descritte nel relativo catalogo con un grado di dettaglio sufficientemente elevato da permettere una distinzione tra le prestazioni di base dell'AOMS e le prestazioni supplementari della LCA come pure una stima in termini di accertabilità, valutazione e utilizzo.

Limitazione

La valutazione/determinazione del prezzo delle prestazioni supplementari sulla base di un catalogo delle prestazioni supplementari avviene da parte del singolo assicuratore e delle relative trattative con il fornitore di prestazioni.

Requisiti minimi

Catalogo delle prestazioni supplementari: un catalogo delle prestazioni supplementari comprende almeno gli elementi seguenti:

1. distinzione delle prestazioni in «AOMS» e «LCA»;
2. definizione del significato di prestazioni supplementari (prestazione essenziale, opzione/«prestazione di base fissa», prestazione complementare);
3. definizione del prezzo e della durata della prestazione supplementare/del pacchetto di prestazioni.

Controlling: per tutte le prestazioni definite nel catalogo delle prestazioni supplementari occorre indicare almeno il formato di fattura e la documentazione affinché l'assicuratore possa effettuare un effettivo controllo.

Precisazioni

Funzioni mediche trasversali: anche le prestazioni supplementari nel quadro delle funzioni mediche trasversali (ad es. emergenza, anestesia, diagnostica per immagini) vengono descritte nel catalogo delle prestazioni supplementari, distinte dalle prestazioni di base e assegnate alle relative categorie di prestazioni supplementari.

Principio 5

Le prestazioni mediche supplementari vengono rimborsate seguendo una chiara base contrattuale; il rimborso della prestazione medica nell'AOMS è indennizzato in base alle tariffe stazionarie e ambulatoriali applicabili.

Spiegazione

L'indennizzo delle prestazioni mediche nell'ambito dell'assicurazione complementare ospedaliera si riferisce solo alle prestazioni supplementari (indennizzo bottom up).

Le prestazioni supplementari LCA vengono conteggiate su una fattura separata (distinte dalle prestazioni dell'AOMS) nella quale si dichiara che si tratta di prestazioni supplementari che vanno oltre le prestazioni dell'AOMS (niente fatture comuni AOMS/LCA).

Limitazioni

L'indennizzo per prestazioni mediche nell'AOMS avviene in base alle tariffe stazionarie e ambulatoriali applicabili. L'emittente della fattura indennizza i medici per queste prestazioni ricorrendo all'AOMS.

Requisiti minimi

Regolamentazione contrattuale: la base per le prestazioni mediche supplementari è data da una chiara regolamentazione contrattuale. I contratti devono rispettare i principi delle presenti Disposizioni settoriali.

Rimborso degli onorari dei medici: il rimborso degli onorari dei medici deve rispettare i requisiti delle Disposizioni settoriali.

Precisazioni

Garanzia di assunzione dei costi: in singoli casi occorre richiedere una garanzia di assunzione dei costi per gli onorari dei medici.

Principi per la valutazione delle prestazioni supplementari

Principio 6

I criteri di valutazione delle prestazioni supplementari vengono definiti dai singoli assicuratori.

Spiegazione

Lo sviluppo e la strutturazione della logica, degli strumenti e dei criteri di valutazione delle prestazioni supplementari competono ai singoli assicuratori.

I dati necessari per la valutazione vengono raccolti nell'ambito dei principi indicati nelle presenti Disposizioni settoriali.

Non è necessario lo sviluppo di un modello settoriale per la valutazione delle prestazioni supplementari, ma piuttosto un approccio basato su principi che permette ai singoli assicuratori di strutturare liberamente i modelli di valutazione.

I singoli assicuratori sviluppano il proprio modello di valutazione, che sarà applicato in modo coerente per la valutazione delle prestazioni supplementari dei vari fornitori di prestazioni.

Requisiti minimi

Nessun requisito minimo

Precisazioni

Nessuna precisazione

Principio 7

Le prestazioni supplementari vengono definite anche in base al valore aggiunto per il paziente e non esclusivamente in base a eventuali costi aggiuntivi.

Spiegazione

Le prestazioni supplementari si basano sui bisogni del paziente e generano valore aggiunto⁶ quando creano un plusvalore rispetto alle prestazioni di base di cui il paziente si rende conto.

Oltre al valore aggiunto per i pazienti, vengono considerati anche i costi per la messa a disposizione delle prestazioni supplementari; questo vale sia per i costi diretti che indiretti:

I costi diretti concretizzano il valore aggiunto effettivo.

I costi indiretti comprendono la fornitura di prestazioni supplementari, di cui il paziente può usufruire in modo facoltativo.

Requisiti minimi

Nessun requisito minimo

Precisazioni

Valore aggiunto per il paziente: una valutazione economico-aziendale non si basa solo sui costi aggiuntivi, ma su un'analisi equilibrata che tiene conto del valore aggiunto effettivamente generato per i pazienti (ad esempio l'accesso a una scelta più ampia di medici o ospedali, orari di visita personalizzabili).

Principio 8

Differenze nella valutazione di prestazioni supplementari equivalenti devono essere chiaramente giustificabili.

Spiegazione

La logica per la valutazione è sviluppata in modo tale che prestazioni supplementari identiche fornite dal medesimo fornitore di prestazioni nella rispettiva sede vengano valutate di principio allo stesso modo dal relativo assicuratore; valutazioni diverse devono essere giustificate in modo comprensibile. In altri termini, se pazienti semi-privati e privati beneficiano delle stesse prestazioni, dovrà essere addebitato lo stesso importo.

Limitazione

Lo sviluppo e la strutturazione della logica di valutazione competono ai singoli assicuratori.

Requisiti minimi

Differenze di valutazione: le differenze nella valutazione della prestazione supplementare sono giustificabili in base a differenze di ordine regionale, specializzazione o esperienza del medico o nel mandato di prestazione dell'ospedale (elenco non esaustivo).

Precisazioni

Risultati della valutazione: i risultati della valutazione possono variare da un assicuratore all'altro.

Principio 9

La valutazione delle prestazioni supplementari è solitamente basata su pacchetti di prestazioni e non su prestazioni individuali.

Spiegazione

Con i pacchetti di prestazioni supplementari si intende limitare l'aumento della quantità di prestazioni e il rischio di doppia fatturazione.

I pacchetti di prestazioni supplementari vanno strutturati in modo tale da essere descritti in modo comprensibile per tutti i gruppi di interessati; è auspicabile un riferimento alle rispettive singole prestazioni nel pacchetto di prestazioni supplementari.

È ancora possibile il conteggio di prestazioni individuali.

Limitazione

L'effettiva strutturazione e la negoziazione contrattuale dei pacchetti di prestazioni e delle prestazioni individuali competono al singolo assicuratore.

Requisiti minimi

Nessun requisito minimo

Precisazioni

Definizione univoca: per migliorare la trasparenza e la tracciabilità, i servizi e i pacchetti di prestazioni sono definiti in modo univoco secondo il contratto di prestazioni supplementari.

Principi per il conteggio delle prestazioni supplementari

Principio 10

Solo le prestazioni supplementari/i pacchetti di prestazioni supplementari effettivamente forniti sono rimborsati dagli assicuratori.

Spiegazione

In linea di principio il rimborso delle prestazioni supplementari/dei pacchetti di prestazioni supplementari, definiti secondo le Disposizioni settoriali, può avvenire solo se sono stati effettivamente forniti.

Le prestazioni supplementari effettivamente fornite e le fatture devono essere armonizzate per quanto concerne i contenuti.

Limitazione

L'effettiva strutturazione e la negoziazione contrattuale di prestazioni supplementari/pacchetti di prestazioni supplementari competono al singolo assicuratore.

La strutturazione delle prestazioni essenziali all'interno dei pacchetti di prestazioni compete al singolo assicuratore.

Requisiti minimi

Rimborso di pacchetti di prestazioni supplementari: affinché un pacchetto di prestazioni supplementari venga rimborsato, è necessario che le prestazioni essenziali, definite nel contratto di prestazioni supplementari, siano state fornite in modo dimostrabile.

Fattura: il formato di un conteggio deve includere almeno i seguenti elementi.

1. L'attestazione riassuntiva di tutte le prestazioni LCA fornite, comprese tutte le prestazioni mediche;
2. una descrizione delle prestazioni che sia comprensibile per il paziente;
3. prezzi conteggiati per categoria di prestazioni supplementari;
4. DRG, lunghezza del soggiorno e ponderazione dei costi della fattura AOMS;
5. indicazione chiara e univoca dei medici che gestiscono/trattano il caso.

Precisazioni

Copia della fattura al paziente: il fornitore di prestazioni deve trasmettere al paziente, mediante copia della fattura, le prestazioni supplementari fatturate.

Principi per il futuro delle prestazioni supplementari

Principio 11

L'innovazione a beneficio dei pazienti è auspicabile. Le tendenze come il principio «ambulatoriale piuttosto che stazionario» rappresentano un'opportunità per nuovi servizi a valore aggiunto.

Spiegazione

Le innovazioni riguardano i metodi di diagnosi, la forma di terapia e trattamento e le azioni tecniche di operazione.

La modifica dell'assicurazione complementare deve avvenire in modo che la concorrenza tra i singoli assicuratori e tra i fornitori di prestazioni sia garantita anche in futuro.

Il potenziale per nuove prestazioni deve essere utilizzato a favore dei pazienti.

Le nuove prestazioni supplementari e i pacchetti di prestazioni supplementari devono aiutare attivamente a un posizionamento sul mercato.

Evitare nuovi motivi di impedimento.

Requisiti minimi

Innovazioni in fase di ricerca: non vengono presentate innovazioni riguardanti l'assicurazione complementare che si trovano ancora in fase di ricerca.

Efficacia e praticità: prestazioni supplementari innovative corrispondono a metodi che ai sensi della LAMal sono efficaci e pratici. Le prestazioni sono superiori agli standard dell'AOMS e non corrispondono alle disposizioni di redditività della LAMal.

Precisazioni

Prestazioni innovative: con prestazioni innovative si intendono metodi diagnostici e terapie, che sono efficaci e adeguati dal punto di vista medico, ma che ancora non sono diventati lo standard.

Piano strategico (Roadmap) per l'attuazione

Nel piano strategico seguente sono indicate le tre tappe principali per l'attuazione dei principi.

Le società devono rispettare queste tre tappe.

Fino al 12/2021

I singoli assicuratori sviluppano una logica di valutazione conforme delle prestazioni supplementari.

Al più tardi entro il 12/2024

Tutti i contratti esistenti sono stati disdetti o sostituiti da contratti con prestazioni supplementari, che corrispondono ai principi delle Disposizioni quadro settoriali.

Entrata in vigore dallo 01/2022

Verranno conclusi unicamente contratti per prestazioni supplementari che corrispondono ai principi delle Disposizioni quadro settoriali.

Società partecipanti

I firmatari riconoscono i presenti undici «principi generali».

assura.



Ruedi Bodenmann
CEO, Assura SA

CONCORDIA



Nikolai Dittli
CEO, Concordia Assicurazioni SA




Philomena Colatrella
CEO di CSS Assicurazione SA e
Intras Assicurazione SA




Thomas Boyer
CEO, Groupe Mutuel Assicurazioni

Helsana



Roman Sonderegger
CEO, Helsana Assicurazioni
complementari SA

innova
ausgezeichnet versichert



Sergio Pradera
CEO, Innova Assicurazioni SA

kpt:



Reto Egloff
CEO, KPT Assicurazioni SA

ÖKK



Stefan Schena
CEO, ÖKK Assicurazioni SA

sanitas



Andreas Schönenberger
CEO, Sanitas Assicurazione Malattia



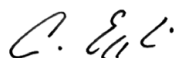

Felix Waldmeier
Direttore esecutivo, fondazione
Cassa malati Wädenswil




Reto Dahinden
CEO, SWICA Assicurazione
malattia SA




Michael Willer
CEO, Sympany Assicurazioni SA

Angelo Eggi
CEO, Visana Assicurazioni SA

Altre società partecipanti

- Agrisano Versicherungen AG
- Aquilana Versicherungen
- Atupri Gesundheitsversicherung
- EGK Privatversicherungen AG
- Genossenschaft Krankenkasse Steffisburg
- Krankenkasse Luzerner Hinterland
- Krankenkasse SLKK
- Rhenusana
- Sodalís Gesundheitsgruppe
- Sumiswalder KK

Santésuisse ha reso possibile il coordinamento delle società non affiliate.

Nota

1. Prestazione di base: le prestazioni di base comprendono l'offerta media di servizi di una clinica per pazienti AOMS e non possono essere equiparate alla prestazione obbligatoria AOMS secondo la LAMal.
2. Prestazione supplementare: prestazioni che vanno oltre il livello di prestazioni della prestazione dell'AOMS.
3. Prestazione supplementare: prestazioni di cui possono beneficiare solo i pazienti LCA e che non sono collegate a una prestazione dell'AOMS.
4. Prestazione essenziale: prestazione definita in un contratto che deve essere fornita affinché venga rimborsato un pacchetto di prestazioni.
5. Oltre che nell'AOMS, il concetto di «prestazione di base fissa» si è affermato anche nella LCA. Si intendono le prestazioni a disposizione dei pazienti durante un soggiorno, ma che non vengono effettivamente utilizzate (ad es. piscina coperta o cantina del vino). Di conseguenza tali prestazioni di base fisse vengono rimborsate anche se non vengono utilizzate.
6. Valore aggiunto: il valore aggiunto di una prestazione supplementare supera il valore di una prestazione di base del corrispettivo fornitore di prestazioni o costituisce il valore aggiunto quale prestazione indipendente.

IMPRESSUM

Editore: Associazione Svizzera d'Assicurazioni ASA.
© 2021 Associazione Svizzera d'Assicurazioni ASA.

ASA | SVV

Associazione Svizzera d'Assicurazioni ASA

Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14

Casella postale

CH-8022 Zurigo

Tel. +41 44 208 28 28

info@svv.ch

svv.ch/it