

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Assicurazione delle cure medico-sanitarie

Tel Care (LAMal)

Osservazione:

- Per rendere il documento più scorrevole si rinuncia a usare la forma femminile accanto a quella maschile. In caso di difficoltà di interpretazione fa fede il testo in lingua tedesca.

Le presenti condizioni d'assicurazione trovano applicazione per i seguenti assicuratori:

- Visana SA, Weltpoststrasse 19, 3000 15
- sana24 SA, Weltpoststrasse 19, 3000 15
- vivacare SA, Weltpoststrasse 19, 3000 15

1. Principi

1.1 Quali sono le basi legali vigenti?

L'assicurazione Tel Care è una forma dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Le basi legali dell'assicurazione Tel 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, come pure le presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA).

1.2 Da chi siete assicurati?

Sulla vostra polizza d'assicurazione è indicato l'assicuratore.

1.3 Dove offre l'assicuratore l'assicurazione Tel Care?

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

1.4 In cosa consiste l'assicurazione Tel Care?

L'assicurazione Tel Care 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 combinato disposto con l'art. 62 LAMal e gli art. 99-101 dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal).

1.5 Su quale principio si basa l'assicurazione Tel Care?

- a) In caso di problemi di salute, l'assicurato o una terza persona in sua vece, è tenuto a mettersi in contatto telefonicamente con il Centro di consulenza Medi24 prima di fissare un appuntamento per un trattamento presso un medico, chiropratico, una levatrice o ospedale, a meno che le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) non prevedano diversamente. Medi24 consiglia l'assicurato nell'ambito delle cure mediche e, considerando la situazione individuale, stabilisce l'adeguato tipo di trattamento, vincolante per l'assicurato.
- b) Se dopo la teleconsultazione è necessario un trattamento medico, lo svolgimento del trattamento, secondo quanto affermato al punto 1.5 cpv. a, comprende anche la scelta del fornitore di prestazione da parte di Medi24, così come il lasso di tempo per il trattamento. La prescrizione di Medi24 è indirizzata verso un fornitore di prestazioni della lista dei medici Tel Care. I controlli successivi e ulteriori prescri-

zioni devono essere concordati telefonicamente con Medi24. Medi24 può stabilire in base alla lista dei medici Tel Care i medici curanti, ospedali o case di cura.

Nel caso di personale medico ausiliario, in particolare fisioterapisti, ergoterapisti e logopedisti che forniscono prestazioni su prescrizione del medico, non è necessario mettersi in contatto telefonico con Medi24.

- c) La prima prescrizione dei medicinali avviene tramite il medico curante. In caso di medicazione successiva e durata l'assicuratore o al suo posto Medi24 può stabilire presso quale farmacia acquistare i medicinali. Le farmacie riconosciute figurano nella «Lista Tel Care delle farmacie riconosciute». Tale lista può essere consultata alla pagina internet di Visana.
- d) Se la persona assicurata per lo svolgimento del trattamento necessita di mezzi e apparecchi (ausili), l'assicuratore può obbligare l'assicurato ad acquistarli presso un determinato fornitore di prestazioni.

1.6 Quali prestazioni comprende l'assicurazione Tel Care?

L'assicurazione Tel Care comprende le prestazioni prescritte dalla legge in caso di malattia, infortunio, infermità congenita e maternità.

1.7 Si può sospendere la copertura infortuni?

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

1.8 Si può stipulare una franchigia annua opzionale?

Nell'assicurazione Tel Care è possibile stipulare una franchigia annua opzionale. Le franchigie annue più elevate si basano sulle disposizioni dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal).

1.9 Qual è il raggio d'attività dell'assicuratore?

Il raggio d'attività dell'assicuratore comprende tutta la Svizzera.

1.10 In che modo l'assicuratore trasmette le sue comunicazioni? Quali sono i vostri obblighi di notifica verso l'assicuratore?

- a) **Organo di pubblicazione**
Le modifiche delle condizioni d'assicurazione e le comunicazioni di carattere generale vengono pubblicate in forma vincolante nell'organo di pubblicazione ufficiale del Gruppo Visana. A ogni economia domestica viene inviato un esemplare dell'organo di pubblicazione.
- b) **Polizza d'assicurazione**
Tutte le persone assicurate ricevono una conferma individuale della loro copertura assicurativa sotto forma di polizza d'assicurazione.
- c) **Obblighi di notifica degli assicurati**

Gli assicurati sono tenuti a notificare entro un mese all'unità organizzativa dell'assicuratore, indicata sulla polizza d'assicurazione, tutti i cambiamenti della situazione personale (p. es. cambio di domicilio) che riguardano il rapporto d'assicurazione.

d) Inosservanza degli obblighi di notifica

Gli inconvenienti che risultano dall'inosservanza degli obblighi di notifica sono a carico degli assicurati.

2. Prestazioni

2.1 Quali prestazioni sono assicurate?

Le prestazioni corrisposte dall'assicurazione Tel Care si basano esclusivamente sulla LAMal.

2.2 Quali prestazioni ambulatoriali vengono assunte?

L'assicurazione Tel Care assume i costi dei provvedimenti diagnostici e terapeutici, dei medicinali e delle analisi effettuati o prescritti dal medico, a condizione che la loro assunzione sia prevista dalla LAMal e che soddisfino i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità secondo l'art. 32 LAMal.

2.3 Quali prestazioni vengono assunte in caso di cure 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 secondo la tariffa valida nel Cantone di domicilio della persona assicurata per un ospedale figurante nell'Elenco degli ospedali. Se per motivi medici il trattamento deve essere eseguito in un ospedale non figurante nell'elenco 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.

2.4 Quando si devono rimborsare le prestazioni?

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

2.5 Quando inizia il diritto alle prestazioni?

Il diritto alle prestazioni sussiste dal giorno in cui decorre l'assicurazione. Per il diritto alle prestazioni è determinante la data del trattamento.

2.6 Dove vale l'assicurazione?

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

2.7 Quali prestazioni vengono corrisposte per cure 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 delle disposizioni legali, l'assicurazione Tel Care assume i costi di un parto all'estero se lo stesso avviene con lo scopo di acquisire la cittadinanza estera.

L'ammontare delle prestazioni si basa sulla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

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

Se per un caso assicurativo sono tenuti a corrispondere prestazioni anche altri assicuratori o terzi, l'assicurato deve informare l'assicuratore. È, inoltre, soggetta all'obbligo di notifica la percezione di prestazioni e di accordi. Le dichiarazioni di rinun-

cia 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 terzi tenuti al pagamento.

2.9 Quale rapporto sussiste con le altre assicurazioni sociali?

Il rapporto tra l'assicurazione Tel Care e le altre assicurazioni sociali è disciplinato dalle relative disposizioni legali.

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

Insorto l'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.

2.11 Come vengono effettuati i 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 partecipazione ai costi

3.1 Quali premi devono essere pagati?

I premi dell'assicurazione Tel Care si basano sulla tariffa dei premi dell'assicuratore approvata dall'autorità di vigilanza. Le tariffe vengono calcolate 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 lo comunichino all'assicuratore almeno otto settimane prima dell'inizio. In caso di mancato rispetto di questo termine, a partire dalla notifica, ma non prima dell'inizio del servizio militare, l'assicuratore non riscuote più i premi.

3.2 Quali sono i gruppi d'età?

Esistono i seguenti gruppi d'età:

- I. bambini fino ai 18 anni d'età compiuti;
- II. assicurati dai 19 ai 25 anni d'età compiuti;
- III. assicurati a partire dai 26 anni.

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

3.3 Quale partecipazione ai costi si deve 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 in caso di ritardo di pagamento?

a) 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 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 per cento.

b) Diffide

Le diffide avvengono in forma scritta.

c) 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.

d) 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.

4. Adesione

4.1 Quali sono le condizioni d'ammissione?

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

Il passaggio dall'ordinaria assicurazione di base all'assicurazione Tel Care è possibile in ogni momento con effetto a partire dal primo giorno di un mese.

5. Uscita

5.1 Quali sono i termini di disdetta?

La disdetta ordinaria dell'assicurazione Tel 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, 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 succede in caso di trasferimento del domicilio?

In caso di trasferimento del domicilio in una località situata al di fuori del raggio di attività di Tel Care, gli assicurati Tel Care vengono trasferiti nell'assicurazione di base ordinaria dell'assicuratore per l'inizio del mese seguente al trasferimento di domicilio. Il trasferimento fuori dal raggio di attività di Tel Care deve essere comunicato all'assicuratore entro un mese.

5.3 Cosa succede in caso di scioglimento dell'assicurazione Tel Care da parte dell'assicuratore?

Se l'assicurazione Tel Care non viene più offerta dall'assicuratore in uno o più Cantoni 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.

6. Obblighi degli assicurati

6.1 Come si deve procedere in caso di ricorso a prestazioni mediche o degenze ospedaliere stazionarie?

Gli assicurati hanno l'obbligo di:

- a)** contattare il Centro di consulenza Medi24 prima di ricorrere a prestazioni mediche o degenze ospedaliere stazio-

narie, in particolare prima di richiedere un primo consulto medico;

- b)** seguire il trattamento prescritto dal Centro di consulenza medica e di contattare telefonicamente Medi24 prima di eventuali altri trattamenti;
- c)** acquistare i medicinali presso le farmacie indicate dall'assicuratore o da Medi24;
- d)** acquistare i mezzi e gli apparecchi (ausili) presso determinati fornitori di prestazioni indicati dall'assicuratore o da Medi24.

6.2 Vi sono eccezioni a questo obbligo?

Non è necessario contattare in precedenza il Centro di consulenza medica per

- a)** mezzi ausiliari per la vista per i casi menzionati nell'Elenco dei mezzi e degli apparecchi EMAp
- b)** la maternità
- c)** gli esami preventivi ginecologici
- d)** le affezioni ginecologiche
- e)** gli esami oftalmologici ambulatoriali
- f)** le cure dentarie
- g)** i casi di emergenza

6.3 Cosa è considerata emergenza e cosa bisogna fare in un caso simile?

Si tratta di emergenza quando, secondo la persona stessa o terzi, lo stato di salute è suscettibile di avere esito letale o necessita di un trattamento immediato e l'assicurato non ha la possibilità di informare in precedenza il Centro di consulenza medica o questo non è da lui esigibile. In un caso di questo genere la presa di contatto precedente con il Centro di consulenza medica non è necessaria. I casi di emergenza devono però essere notificati successivamente e al più presto possibile al Centro di consulenza medica.

6.4 Cosa vale in caso di soggiorno all'estero?

In caso di ricorso a prestazioni sanitarie durante un soggiorno all'estero secondo l'articolo 2.7, la presa di contatto con il Centro di consulenza medica non è obbligatoria.

6.5 Inosservanza degli obblighi del modello assicurativo

Se l'assicurato non osserva gli obblighi secondo la cifra 6.1

- a)** dopo un primo sollecito, l'assicuratore effettua il passaggio dell'assicurato nell'ordinaria assicurazione di base. Nel caso in cui l'inosservanza si verifichi due volte, il passaggio avviene con effetto retroattivo per il 1° gennaio dell'anno in corso.
- b)** Il passaggio retroattivo da Tel Care all'ordinaria assicurazione di base secondo il cpv. a), ha come conseguenza la richiesta di rimborso della differenza di premio per Tel Care dell'anno interessato.
- c)** Dopo il passaggio da Tel Care all'ordinaria assicurazione di base un nuovo cambio in un'assicurazione delle cure medico-sanitarie con scelta limitata del fornitore di prestazioni non è possibile per due anni. Il periodo di blocco decorre dal 1° gennaio dell'anno in cui l'inosservanza si verifica due volte.

Tale regola non si applica se il cliente può dimostrare che la violazione di tale obbligo è avvenuta per motivi giustificabili.

7. Disposizioni aggiuntive

7.1 Quali dati vengono scambiati?

L'assicuratore riceve dal Centro di consulenza medica i dati personali dei quali ha bisogno per svolgere il mandato secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie, in particolare per garantire l'esercizio corretto dell'assicurazione Tel Care. In questo contesto il Centro di consulenza medica si attiene alle disposizioni di protezione dei dati della LAMal, della LPGA e della Legge federale sulla protezione dei dati del 19 giugno 1992.

L'assicuratore trasmette regolarmente al Centro di consulenza medica le liste con gli assicurati Tel Care e le indicazioni assicurative dei propri clienti.

7.2 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 secondo l'art. 49 LPGA.

8. Emissione ed entrata in vigore

8.1 Quando entrano in vigore le presenti CGA?

Queste condizioni generali d'assicurazione (CGA) entrano in vigore il 1° gennaio 2021.

Eventuali modifiche possono essere apportate dall'assicuratore in qualsiasi momento.