

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Assicurazione delle cure medico-sanitarie

Tel Doc (LAMal)

Osservazione:

- Per rendere il documento più scorrevole si rinuncia a usare la forma femminile accanto a quella maschile.

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

- Visana SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berna 16
- sana24 SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berna 16
- vivacare SA, Weltpoststrasse 19, 3000 Berna 16

Queste Condizioni generali d'assicurazione (CGA) sono suddivise in due parti

- Parte I – Parte generale
- Parte II – Disposizioni complementari relative al modello d'assicurazione Tel Doc

I Parte generale

1. Disposizioni generali

1.1 Basi

Le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) non sono esaustive e completano le disposizioni legali.

1.2 Basi legali

Per l'esecuzione di questa assicurazione sono determinanti le disposizioni della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA), della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal) e le loro disposizioni d'applicazione. L'applicazione delle presenti CGA è un complemento all'applicazione delle disposizioni legali.

1.3 Franchigia opzionale

L'assicuratore offre l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigie opzionali. Le franchigie annue opzionali si basano sulle disposizioni dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (art. 93 e 94 OAMal).

2. Rapporto d'assicurazione

2.1 Possibilità d'assicurazione

L'assicuratore assicura le persone fisiche domiciliate in Svizzera.

2.2 Condizioni d'ammissione

L'ammissione nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie è possibile dopo aver compilato e firmato il modulo di domanda. Per le persone che non hanno l'esercizio dei diritti civili è necessaria la firma del loro rappresentante legale.

2.3 Inizio dell'assicurazione

- a) L'assicurazione inizia a partire dalla data convenuta. L'assicuratore conferma per iscritto la data d'ammissione.
- b) Come conferma della copertura assicurativa, dopo l'ammissione l'assicurato riceve la polizza d'assicurazione.
- c) Se l'adesione avviene entro tre mesi dalla nascita oppure dal momento dell'acquisizione del domicilio in Svizzera, l'assicurazione inizia al momento della nascita o dell'acquisizione del domicilio.
- d) In caso di domanda tardiva, l'assicurazione inizia dal momento dell'adesione. Secondo le disposizioni legali, in caso di ritardo non giustificabile, la persona assicurata deve pagare un supplemento di premio.

2.4 Adattamento dell'assicurazione

- a) La franchigia può essere adattata per il 1° gennaio di ogni anno. In caso di passaggio a una franchigia più bassa vanno osservate le disposizioni di disdetta secondo il punto 2.6.
- b) Se l'assicurato è obbligatoriamente coperto contro gli infortuni professionali e non professionali, egli può richiedere, con una diminuzione del premio, la sospensione della copertura contro gli infortuni. Il premio viene ridotto per l'inizio del mese seguente alla domanda. La cessazione della sospensione 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.

2.5 Cessazione dell'assicurazione

L'assicurazione cessa tramite:

- a) disdetta
- b) decesso
- c) trasloco al di fuori del raggio d'attività dell'assicuratore
- d) fine dell'obbligo assicurativo

2.6 Disdetta

- a) L'assicurato può disdire l'assicurazione per la fine dell'anno, osservando un termine di disdetta di tre mesi.
- b) I nuovi premi vengono comunicati almeno due mesi prima dell'entrata in vigore. Al momento della comunicazione del nuovo premio, l'assicurato può, osservando un termine di disdetta di un mese, disdire l'assicurazione per la fine del mese che precede l'inizio della validità del nuovo premio.
- c) L'assicurazione nei confronti dell'assicuratore cessa solo quando il nuovo assicuratore ha comunicato che la persona in questione è suo assicurato senza aver interrotto la copertura assicurativa.
- d) Ai sensi dell'art. 64a cpv. 6 LAMal, l'assicurato non può cambiare assicurazione finché non ha pagato integralmente i premi, le partecipazioni ai costi, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione in arretrato.

2.7 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 come pure le comunicazioni di carattere generale vengono pubblicate in forma vincolante nell'organo di pubblicazione ufficiale del Gruppo Visana. A ogni economia domestica viene inviato un esemplare dell'organo di pubblicazione.

- 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 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, entro il termine di un mese.
- d)** Inosservanza degli obblighi di notifica
Le conseguenze negative che risultano dall'inosservanza degli obblighi di notifica sono a carico degli assicurati.

3. Prestazioni

3.1 Principio

Le prestazioni legali vengono erogate per malattia, infortunio, infermità congenite e maternità.

3.2 Malattia

È considerato malattia qualsiasi danno alla salute fisica o mentale che non sia conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'inabilità lavorativa.

3.3 Infortunio e infermità congenite

In caso di infortunio o di infermità congenite, vengono erogate le stesse prestazioni come per malattia, se le spese non sono prese a carico dall'assicurazione infortuni, dall'assicurazione invalidità o da terzi. È considerato infortunio l'influsso improvviso, involontario e dannoso apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che compromette la salute fisica o mentale o che provoca il decesso.

3.4 Condizioni di prestazioni

L'assicuratore assume i costi di prestazioni efficaci, appropriate ed economiche. Le prestazioni sono economiche quando si limitano alla giusta misura nell'interesse della persona assicurata e sono necessarie per raggiungere lo scopo del trattamento medico.

3.5 Motivazione della prestazione

L'assicurato che rivendica prestazioni da parte dell'assicuratore è tenuto a presentare le fatture dettagliate e le ricette mediche con le necessarie informazioni (numero d'assicurato). Se sussiste un diritto alla prestazione, l'assicuratore corrisponde all'assicurato la sua parte dei costi.

3.6 Fornitori di prestazioni

Le seguenti persone e istituzioni sono riconosciute in quanto fornitori di prestazioni:

- medici
- farmacisti
- chiropratici
- levatrici
- laboratori
- posti di consegna per mezzi e oggetti necessari per la visita o il trattamento.

Su prescrizione medica:

- fisioterapisti
- ergoterapisti
- personale sanitario specializzato
- logopedisti.

3.7 Prestazioni all'estero

- a)** Le prestazioni per trattamenti medico-sanitari all'estero vengono corrisposte in conformità alle disposizioni legali e in particolare per le cure d'urgenza. I costi delle cure medico-sanitarie devono essere comprovati dettagliatamente.
- b)** Le fatture e la documentazione dall'estero devono essere presentate in tedesco, francese, italiano o inglese. Per le fatture e la documentazione in altre lingue dev'essere allegata la traduzione.

3.8 Qual è il rapporto nei confronti di altre assicurazioni e di prestazioni di terzi (normativa di regresso)?

- a)** Obbligo d'informazione e di notifica
Se per un caso assicurativo sono tenuti a corrispondere prestazioni anche altri assicuratori o terze persone, l'assicuratore deve esserne informato.
La percezione di prestazioni è anche soggetta all'obbligo di notifica. Gli accordi e le dichiarazioni di rinuncia alle prestazioni devono essere notificati all'assicuratore prima dell'erogazione, rispettivamente della firma. Gli assicurati hanno l'obbligo di notificare i loro diritti nei confronti di altri assicuratori o di terze persone tenute al pagamento.
L'inosservanza di questi obblighi d'informazione e di notifica può avere come conseguenza la riduzione o il rifiuto delle prestazioni.
- b)** Coordinamento delle prestazioni
Il rapporto dell'assicurazione malattie sociali nei confronti delle altre assicurazioni sociali si basa sulle disposizioni di legge.
- c)** Surrogazione
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.

3.9 Quando si devono rimborsare prestazioni

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

3.10 Cessione e pignoramento di prestazioni

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

4. Premi

4.1 Qual'è l'ammontare dei premi?

- a)** L'ammontare dei premi si basa sulle tariffe approvate dall'autorità di sorveglianza. I premi sono graduati secondo i gruppi d'età e le regioni.
- b)** Se il cambio di domicilio causa un adeguamento del premio, quest'ultimo viene adeguato al momento del cambio di domicilio.

4.2 Pagamento dei premi

- a)** I premi devono essere pagati in anticipo. Con uno speciale accordo possono essere pagati a scadenza bimestrale, semestrale o annuale.
- b)** I premi possono essere pagati mediante una procedura d'addebito tipo LSV/DD. In caso di rifiuto d'addebito causato dall'assicurato, può venire addebitata una tassa per ogni addebito rifiutato.
- c)** Per accordi di pagamenti a rate in caso di pagamenti in arretrato può essere riscossa una tassa.
- d)** Nel mese di adesione i premi sono dovuti dal primo giorno dell'inizio effettivo dell'assicurazione. Nel mese di uscita/mese di decesso, il premio non è più dovuto per il periodo dopo l'effettiva uscita/dopo il giorno di decesso.

4.3 Partecipazione ai costi

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 aumentare 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.

4.4 Versamenti

L'assicuratore versa le sue prestazioni su un conto postale o bancario svizzero. Se l'assicurato desidera un pagamento mediante bollettino di versamento (PVR), gli saranno fatturate integralmente le tasse corrispondenti.

4.5 Sospensione

- a) La persona assicurata soggetta all'assicurazione militare per oltre 60 giorni consecutivi è esente dal pagamento dei premi. L'assoggettamento deve essere notificato all'assicuratore almeno otto settimane prima del suo inizio. In caso di mancato rispetto di questo termine, l'assicuratore non riscuoterà più i premi a partire dalla prima scadenza possibile, al più tardi però otto settimane dopo la notifica.
- b) Se l'assicurato è obbligatoriamente coperto contro gli infortuni professionali e non professionali, egli può richiedere, con una diminuzione del premio, la sospensione della copertura contro gli infortuni. Il premio viene ridotto per l'inizio del mese seguente alla domanda. La cessazione della sospensione 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.

4.6 Ritardo di pagamento

- a) Se l'assicurato non paga i premi o le partecipazioni ai costi, l'assicuratore, dopo aver inviato almeno un sollecito per iscritto, invia una diffida concedendogli un termine supplementare di 30 giorni per il pagamento e informandolo in merito alle conseguenze dovute al ritardo di pagamento.
- b) Se nonostante la diffida, l'assicurato non paga i premi, le partecipazioni ai costi e gli interessi di mora entro i termini fissati, l'assicuratore avvia l'esecuzione.

4.7 Tasse amministrative, spese d'esecuzione e interessi di mora

Per i crediti di premi si devono pagare gli interessi di mora legali. Per ulteriori spese dovute a solleciti ed esecuzioni, l'assicuratore addebita una ragionevole tassa amministrativa.

5. Amministrazione della giustizia

5.1 Decisione

Se l'assicurato o un richiedente non è d'accordo con una decisione, l'assicuratore emette, su richiesta, entro 30 giorni una decisione formale scritta e motivata con indicazione dei rimedi giuridici.

5.2 Opposizione

La decisione formale può essere impugnata presso l'assicuratore entro 30 giorni dalla notifica. L'opposizione deve essere inoltrata in duplice copia e munita dei necessari documenti

di prova. L'assicuratore esamina l'opposizione ed emana per iscritto una decisione su opposizione motivata con indicazione dei rimedi giuridici.

5.3 Tribunale cantonale delle assicurazioni

- a) Le decisioni su opposizione dell'assicuratore sono impugnabili entro 30 giorni mediante ricorso presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni competente per il luogo di domicilio della persona assicurata.
- b) È anche possibile contattare il Tribunale delle assicurazioni telefonicamente, se l'assicuratore non emana entro i termini alcuna decisione formale o decisione su opposizione.

6. Protezione dei dati

6.1 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 l'art. 33 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.

Nella misura in cui ciò sia necessario e previsto per legge, l'assicuratore può comunicare i dati a terzi coinvolti nel disbrigo delle pratiche contrattuali in Svizzera e all'estero (ad es. assicuratori coinvolti, medici di fiducia e della compagnia, autorità), in particolare alle società del Gruppo Visana e a coassicuratori, assicuratori precedenti e successivi e riassicuratori, ai fini del trattamento. In particolare, l'assicuratore può anche incaricare terzi di fornire servizi a favore della persona assicurata (ad es. fornitori di servizi IT). L'assicuratore si impegna a vincolare per contratto tali terzi all'obbligo di riservatezza e a una successiva gestione dei dati personali in conformità con la protezione dei dati. Tale impegno non si riferisce solo a dati personali come ad es. il nome, la data di nascita e il numero d'assicurato, bensì può comprendere anche dati particolarmente sensibili, nello specifico dati individuali sulla salute. A tale riguardo si osservano i più severi requisiti di legge per il trattamento dei dati personali particolarmente sensibili.

I dati personali possono essere conservati sia in forma cartacea che in forma elettronica. Il salvataggio dei dati avviene prevalentemente in Svizzera. L'assicuratore adotta le misure necessarie affinché i dati personali vengano trasmessi soltanto in Paesi che garantiscono una protezione dei dati adeguata. L'assicuratore ha cura dell'attualità, affidabilità e completezza dei dati personali comunicati.

L'assicuratore rileva e utilizza dati personali in conformità con le disposizioni applicabili sulla protezione dei dati, segnatamente la Legge federale sulla protezione dei dati, e con ulteriori direttive di legge, in particolare gli articoli 84, 84a e 84b LAMal. Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali sono contenute nell'informativa sulla protezione dei dati dell'assicuratore su Internet: www.visana.ch/protezione-dei-dati.

6.2 Trasmissione dei dati a/da parte di Medi24

- a) Al fine di identificare la persona assicurata, l'assicuratore permette a Medi24 di accedere ai dati personali aggiornati

della persona assicurata (dati di base e copertura assicurativa).

- b) L'assicuratore trasmette a Medi24 una panoramica di tutte le prestazioni mediche di cui ha beneficiato la persona assicurata. In questo modo Medi24 può verificare se il trattamento si è svolto nel rispetto di quanto prescritto.
- c) Medi24 mette a disposizione dell'assicuratore i dati necessari a designare la prestazione, in particolare la data della chiamata e il lasso di tempo per la consultazione presso il fornitore di prestazioni definito. Non vengono comunicati dati personali di natura medica o altri dati che, secondo la Legge sulla protezione dei dati, sono oggetto di protezione particolare.
- d) Con l'adesione a Tel Doc, la persona assicurata si dichiara d'accordo con tale trasferimento di dati necessari sotto il profilo amministrativo.

7. Disposizioni finali

7.1 Adattamento delle condizioni d'assicurazione

Le modifiche delle condizioni d'assicurazione come pure altre informazioni vincolanti vengono comunicate per iscritto all'assicurato oppure pubblicate nelle riviste per i clienti.

7.2 Comunicazioni

- a) Tutte le comunicazioni sono da indirizzare all'assicuratore.
- b) Tutte le comunicazioni sono spedite dall'assicuratore all'ultimo indirizzo in Svizzera indicato dall'assicurato oppure al nuovo domicilio civile ricercato dall'assicuratore e sono da considerarsi giuridicamente valide.

II Disposizioni complementari relative al modello d'assicurazione Tel Doc

8. Disposizioni generali

8.1 Obiettivo e scopo

- a) Lo scopo di Tel Doc è rafforzare il modo di vivere autore-sponsabile e sano dell'assicurato. Medi24 è competente per la consulenza medica e il coordinamento di tutte le questioni relative alla salute.
- b) Grazie alla completa consulenza e assistenza di Medi24, la qualità delle prestazioni mediche è più elevata e si ottengono notevoli risparmi sui costi nella sanità.

8.2 Basi legali

- a) Tel Doc è una particolare forma d'assicurazione ai sensi dell'art. 62 cpv. 1 della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) in combinato disposto con l'art. 41 cpv. 4 LAMal.
- b) Nell'ambito di queste Condizioni generali d'assicurazione (CGA), Tel Doc si contraddistingue per una mirata applicazione di mezzi nella sanità e, in particolare, per un processo di trattamento coordinato da Medi24.

9. Rapporto d'assicurazione

9.1 Possibilità d'assicurazione

Tel Doc, nell'ambito delle disposizioni legali, è a disposizione di tutte le persone interessate domiciliate nelle regioni in cui l'assicuratore esercita questa forma d'assicurazione.

9.2 Passaggio a Tel Doc

L'adesione o il passaggio dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie a Tel Doc è possibile in ogni momento a partire dal primo giorno del mese seguente la ricezione da parte dell'assicuratore della domanda.

9.3 Cambio d'assicurazione

- a) È possibile passare da Tel Doc a un altro ramo assicurativo all'inizio di un anno civile, previo rispetto di un preavviso di tre mesi. Con riserva per l'art. 7 cpv. 3 e 4 LAMal.
- b) È possibile uscire da Tel Doc anticipatamente e in ogni momento:
 - se l'assicurato cambia domicilio e si trasferisce in una regione dove l'assicuratore non offre questo prodotto oppure
 - in caso di rinuncia da parte dell'assicuratore all'esercizio del prodotto.
- c) Nel caso si verifichi uno degli eventi di cui al punto 2, l'assicurato verrà informato dall'assicuratore. L'assicuratore si riserva di non offrire più Tel Doc per la fine di un anno civile. Gli assicurati interessati saranno informati in merito almeno 2 mesi prima della fine dell'assicurazione.

9.4 Cambio di domicilio

Lasciando la Svizzera, decade l'obbligo assicurativo e l'assicurazione cessa. L'assicuratore deve essere informato tempestivamente.

10. Linee fondamentali e volume delle prestazioni

10.1 Principio

- a) In caso di problemi di salute, l'assicurato o una terza persona al suo posto, è tenuto a mettersi in contatto telefonicamente con Medi24 prima di fissare un appuntamento per un trattamento presso un medico, un chiropratico, una levatrice o all'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 9.1, cpv. a, comprende anche la scelta del fornitore di prestazione da parte di Medi24, così come il lasso di tempo per il trattamento. Se il medico curante richiede un controllo supplementare oppure la consultazione di un altro medico, il ricovero in ospedale o in una casa di cura, è necessario prendere di nuovo contatto telefonicamente con Medi24. Nel caso di personale medico ausiliario, in particolare fisioterapisti, ergoterapisti e logopedisti che forniscono prestazioni su prescrizione medica, non è necessario mettersi in contatto telefonico con Medi24.

Scelta del fornitore di prestazioni

In linea di massima, è Medi24 a scegliere il fornitore di prestazioni adeguato per il trattamento medico. I ginecologi e i pediatri tuttavia possono essere scelti liberamente.

10.2 Casi speciali ed eccezioni

- a) I trattamenti d'emergenza sono assicurati nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e devono essere tempestivamente notificati a Medi24, al più tardi entro 20 giorni.
- b) Per le visite ginecologiche di prevenzione, visite oculistiche ambulatoriali e l'assistenza ostetrica non è necessario alcun contatto preventivo con Medi24.
- c) Per il ricovero in ospedale o in una casa di cura, l'assicurato s'impegna a prendere contatto con Medi24 prima del ricovero. Le dimissioni dall'ospedale o da una casa di cura devono essere tempestivamente comunicate a Medi24, al più tardi entro 20 giorni.

10.3 Offerta di prestazioni

Tel Doc garantisce tutte le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal, nella mi-

sura in cui le prestazioni vengano fornite nell'ambito dello svolgimento del trattamento fissato da Medi24.

11. Premi

11.1 Sconto sui premi

All'assicurato Tel Doc viene concesso uno sconto sul premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal. Lo sconto si basa sulla tariffa dei premi dell'assicuratore.

11.2 Partecipazione ai costi

Franchigia, aliquota percentuale e contributo ai costi della degenza in ospedale vengono riscossi secondo le disposizioni legali federali.

12. Obblighi di cooperazione

12.1 Obblighi in generale

- a) L'assicurato, o una terza persona al suo posto, è tenuto ad attenersi alle prescrizioni dei medici o di altri fornitori di prestazioni e di prestare attenzione all'economicità del trattamento. Prima di fissare un appuntamento per un trattamento presso un medico, un chiropratico, una levatrice o all'ospedale, l'assicurato è tenuto a mettersi in contatto telefonicamente con Medi24 per la consulenza telemedica e il coordinamento e poi seguire il percorso di cura indicato da Medi24. Se il medico curante richiede un controllo supplementare oppure la consultazione di un altro medico, il ricovero in ospedale o in una casa di cura, è necessario prendere di nuovo contatto telefonico con Medi24.
- b) Le dimissioni dall'ospedale o da una casa di cura devono essere tempestivamente comunicate a Medi24, al più tardi entro 20 giorni.

12.2 Presa di contatto in caso d'urgenza

Ogni trattamento d'urgenza deve essere comunicato tempestivamente a Medi24, al più tardi entro 20 giorni.

13. Violazione degli obblighi di cooperazione e sanzioni

13.1 Violazione degli obblighi di cooperazione

Se l'assicurato viola i suoi obblighi di cooperazione, decade l'obbligo di prestazione per i costi di trattamento, con riserva della prova da parte dell'assicurato che la violazione dell'obbligo di cooperazione sia dovuta a motivi giustificati.

13.2 Ulteriori sanzioni

In casi gravi, l'assicuratore può escludere l'assicurato da Tel Doc e reinserirlo nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

14. Varie

14.1 Consultazione telefonica

La consultazione telefonica viene sempre registrata e archiviata da Medi24. In caso di contenzioso, la registrazione può essere utilizzata da Medi24 come materiale di prova. Il personale di Medi24 è tenuto al segreto professionale secondo l'art. 33 LP-GA. Il personale dell'assicuratore non ha alcun accesso a questi dati.

14.2 Responsabilità

Medi24 è esclusivamente responsabile per la consulenza medica.

15. Disposizioni finali

15.1 Rapporto nei confronti del diritto sull'assicurazione malattie ed entrata in vigore

Tel Doc è parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

In ogni caso è fatto salvo il regolamento giuridico. Queste condizioni generali d'assicurazione (CGA) entrano in vigore il 1° gennaio 2023. Eventuali modifiche possono essere apportate dall'assicuratore in qualsiasi momento.