

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Assicurazione delle cure medico-sanitarie

Med Call (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

1. Principi

1.1 Quali sono le basi legali vigenti?

L'assicurazione Med Call è una forma dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Le basi legali dell'assicurazione Med Call 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 Chi è l'assicuratore?

Richiedete all'assicuratore la vostra polizza d'assicurazione.

1.3 Dove offre l'assicuratore l'assicurazione Med Call?

Gli assicuratori offrono l'assicurazione Med Call in tutta la Svizzera.

1.4 In cosa consiste l'assicurazione Med Call?

L'assicurazione Med Call 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 relazione all'art. 62 LAMal e agli art. 99-101 dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal).

1.5 Su quale principio si basa l'assicurazione Med Call?

Le persone assicurate, o in loro vece una terza persona, prendono contatto telefonico per le questioni di salute con il centro di consulenza medica, in particolare prima di richiedere un primo consulto dal medico. La consulenza medica non eroga prestazioni diagnostiche o terapeutiche, si limita bensì alla consulenza medica e alle raccomandazioni relative alle seguenti tappe di trattamento, a seconda della gravità della malattia e dell'urgenza del problema di salute. La persona assicurata è libera di dare seguito o meno alla raccomandazione ricevuta.

1.6 Quali prestazioni comprende l'assicurazione Med Call?

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

1.7 Si può sospendere la copertura dell'infortunio?

La copertura contro gli infortuni può essere sospesa per quegli assicurati che sono coperti per tale rischio 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 il termine di un mese.

1.8 Si può stipulare una franchigia annua opzionale?

Nell'assicurazione Med Call 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'azione 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?

1. 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.
2. Polizza d'assicurazione
Tutte le persone assicurate ricevono una conferma individuale della loro copertura assicurativa sotto forma di polizza d'assicurazione.
3. 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.
4. Inosservanza degli obblighi di notifica
Le conseguenze negative 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 Med Call si basano esclusivamente sulla LAMal.

2.2 Quali prestazioni ambulatoriali vengono assunte?

L'assicurazione Med Call assume i costi dei provvedimenti diagnostici e terapeutici, dei medicinali e delle analisi erogati, rispettivamente 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?

Nel 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 di un ospedale sull'Elenco del Cantone di domicilio della persona assicurata. 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 inizia il giorno in cui comincia l'assicurazione. Per il diritto alle prestazioni è determinante la data del trattamento.

2.6 Dove vale l'assicurazione?

Per principio le prestazioni vengono corrisposte per cure medico-sanitarie in Svizzera.

2.7 Quali prestazioni vengono corrisposte 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.

Secondo la legge, l'assicurazione Med Call assume i costi di un parto all'estero se lo stesso avviene con lo scopo di acquisire una cittadinanza estera.

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

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

Se per un caso assicurativo sono tenuti a corrispondere prestazioni anche altri assicuratori o terze persone, l'assicurato deve informare l'assicuratore. È inoltre soggetta all'obbligo di notifica la percezione di prestazioni e di accordi. Le dichiarazioni di rinuncia 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 terze persone tenute al pagamento.

2.9 Com'è il rapporto nei confronti delle altre assicurazioni sociali?

Il rapporto dell'assicurazione Med Call nei confronti delle altre assicurazioni sociali si basa sulle disposizioni di legge in materia.

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 avviene il pagamento delle prestazioni?

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 Med Call si basano sulla tariffa dei premi dell'assicuratore approvata dall'autorità di vigilanza. Questi vengono calcolati secondo i gruppi d'età e sono più convenienti di quelli dell'ordinaria assicurazione di base. 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 comunichino lo stesso all'assicuratore almeno otto settimane prima del suo 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 al II, rispettivamente dal gruppo II al 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 bisogna pagare?

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

Se più figli di una famiglia sono assicurati presso lo stesso assicuratore, la partecipazione ai costi annua totale ammonta a massimo CHF 950.-.

3.4 Cosa succede se pagate i premi in ritardo?

1. 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 l'esecuzione. Al contempo, l'assicuratore informa l'ente cantonale competente. Per eventuali premi arretrati si addebita un interesse di mora del 5 per cento.

2. Diffide

Le diffide avvengono in forma scritta.

3. 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.

4. 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.

3.5 Commissioni

Le persone assicurate hanno diverse possibilità di effettuare il pagamento dei premi e delle partecipazioni ai costi senza commissioni. L'assicuratore può addebitare alle persone assicurate le commissioni applicate al pagamento allo sportello postale o presso altri punti di accesso fisici della Posta.

4. Adesione

4.1 Quali sono le condizioni d'ammissione?

Tutti gli assicurati che hanno il domicilio civile in Svizzera possono stipulare l'assicurazione Med Call. Tutti gli assicurati con domicilio in Svizzera possono passare dall'ordinaria assicurazione di base all'assicurazione Med Call. Il passaggio 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 Med Call 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 accade in caso di cambio di domicilio?

Il cambio di domicilio deve essere notificato all'assicuratore entro il termine di un mese. Le conseguenze negative che risultano dall'inosservanza degli obblighi di notifica sono a carico degli assicurati.

5.3 Cosa succede in caso di scioglimento dell'assicurazione Med Call da parte dell'assicuratore?

Se l'assicurazione Med Call 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?

Prima del ricorso a prestazioni mediche o degenze ospedaliere stazionarie, in particolare prima di richiedere un primo consulto medico, gli assicurati sono tenuti a contattare il centro di consulenza medica.

6.2 Vi sono eccezioni a questo obbligo?

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

1. mezzi ausiliari per la vista per i casi menzionati nell'Elenco dei mezzi e degli apparecchi EMap
2. la maternità
3. gli esami preventivi ginecologici
4. le affezioni ginecologiche
5. gli esami oftalmologici ambulatoriali
6. le cure dentarie
7. i casi di urgenza.

6.3 Cosa è considerato urgenza e cosa bisogna fare in un simile caso?

Si tratta di urgenza 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 d'urgenza devono però essere notificati successivamente al centro di consulenza medica, al più presto possibile.

6.4 Cosa vale in caso di soggiorno all'estero?

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

7. Disposizioni aggiuntive

7.1 Come vengono trattati i dati personali?

I dati personali vengono trattati principalmente per fornire le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e poter assistere e consigliare le persone assicurate riguardo a una copertura assicurativa affidabile e adeguata alle loro esigenze. Inoltre, l'assicuratore non può esimersi dal trattare dati personali per acquisire nuovi clienti nell'ambito della LAMal, adempiere i requisiti normativi e regolamentari, sviluppare (ulteriormente) i propri prodotti e servizi e continuare a

svolgere un'attività sicura, efficiente ed economica. Il disbrigo delle prestazioni e le procedure di incasso comprendono misure di trattamento elettronico dei dati classificabili come singole decisioni individuali automatizzate. Le telefonate con i nostri collaboratori e collaboratrici possono essere registrate al fine di garantire una fornitura ottimale dei servizi, nonché a fini di formazione.

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

L'assicuratore rileva e utilizza dati personali in conformità con le disposizioni applicabili sulla protezione dei dati, segnatamente la Legge federale sulla protezione dei dati, e con ulteriori direttive di legge, in particolare gli articoli 84, 84a e 84b LAMal.

Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali sono contenute nell'informativa sulla protezione dei dati dell'assicuratore su Internet: www.visana.ch/protezione-dei-dati.

7.2 Quali dati vengono scambiati?

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.

Per le assicurazioni Med Call l'assicuratore riceve, in particolare dal Centro di consulenza medica, i dati personali dei quali ha bisogno per adempiere i compiti conferitigli ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie. In particolare, vengono trasmessi numero d'assicurato, nome e cognome, data di nascita e sesso della persona assicurata nonché numero della fattura, importo della fattura, periodo del trattamento e numero RCC in questione e il nome del fornitore di prestazioni, per permettere all'assicuratore i controlli e la gestione delle inosservanze. L'assicuratore rispetta le disposizioni applicabili sulla protezione dei dati, segnatamente la Legge federale sulla protezione dei dati, e ulteriori direttive di legge, in particolare gli articoli 84, 84a e 84b LAMal. L'assicuratore trasmette regolarmente al Centro di consulenza medica delle liste in cui sono riportati l'effettivo degli assicurati Med Call e i dati assicurativi dei clienti assicurati.

7.3 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.

7.4 Sanzioni in caso di violazione degli obblighi previsti da Med Call

Le persone assicurate che non rispettano gli obblighi di cui il punto 1.5 delle presenti CGA possono essere sanzionate dall'assicuratore, previa diffida scritta, come segue.

- Dopo la seconda violazione: riduzione del 50% delle prestazioni previste per legge.
- Dopo la terza violazione: rifiuto di assumere le prestazioni. L'assicuratore richiederà il rimborso delle fatture già pagate.
- Dopo la quarta violazione: esclusione dall'assicurazione Med Call in caso di reiterato comportamento in contravvenzione al regolamento. L'esclusione comporta il passaggio all'assicurazione delle cure medico-sanitarie ordinaria dell'assicuratore e viene effettuata a partire dal mese successivo alla violazione dell'obbligo sanzionata. Una volta avvenuta l'esclusione, la riammissione in un modello assicurativo alternativo presso l'assicuratore è possibile al più presto per l'anno civile successivo.

8. Emissione ed entrata in vigore

8.1 Quando entrano in vigore le CGA?

Queste condizioni generali d'assicurazione (CGA) entrano in vigore il 1° gennaio 2024. Eventuali modifiche possono essere apportate dall'assicuratore in qualsiasi momento.