

Edizione 1° gennaio 2021

Condizioni d'assicurazione (CA) Assicurazione BeneFit PLUS – forma particolare d'assicurazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994

Indice

	Introduzione
	Disposizioni generali
1	Basi dell'assicurazione
2	Persona assicurata
3	Copertura assicurativa
	Inizio, modifica e fine dell'assicurazione
4	Stipulazione dell'assicurazione
5	Sospensione della copertura contro gli infortuni
6	Franchigia annua opzionale
7	Modifica dell'assicurazione
8	Disdetta da parte della persona assicurata
9	Sospensione da parte dell'assicuratore
	Premi e partecipazione ai costi
10	Premi
11	Sconto sui premi
12	Partecipazione ai costi
13	Tasse
	Diritti e doveri dell'assicuratore
14	Comunicazioni e pagamenti
15	Scadenza delle prestazioni
	Diritti e doveri della persona assicurata
16	Limitazione della scelta del fornitore di prestazioni
17	Eccezioni dalla limitazione della scelta del fornitore di prestazioni
18	Urgenze
19	Misure volte all'approvvigionamento e alla gestione integrati
20	Obbligo di ridurre il danno
21	Comunicazioni
22	Tessera d'assicurato
	Violazione degli obblighi
23	Conseguenze in caso di violazione degli obblighi
	Opzioni assicurative
24	Fornitori di prestazioni coordinatori selezionabili
	Varie
25	Ripercussioni sulle assicurazioni integrative
26	Protezione e trattamento dei dati
27	Contenzioso
28	Responsabilità
29	Entrata in vigore

Introduzione

Tutti i termini riferiti a persone usati nel testo sono intesi per ambo i sessi.

Il soggetto giuridico indicato nella polizza corrisponde le prestazioni assicurative ed è denominato assicuratore.

Disposizioni generali

1 Basi dell'assicurazione

L'assicurazione BeneFit PLUS è una forma particolare d'assicurazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medicosanitarie che prevede una scelta limitata del fornitore di prestazioni ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal) e dell'Ordinanza federale sull'assicurazione malattie (OAMal). Sono assicurate le conseguenze economiche di malattia, maternità e infortunio. Il rischio d'infortunio è incluso se è riportato nella polizza. Sono determinanti le disposizioni della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA), le disposizioni della LAMal e le sue norme d'attuazione, nonché le presenti condizioni d'assicurazione (CA) emesse in aggiunta alle disposizioni legali.

L'assicurazione BeneFit PLUS comprende varie opzioni per quanto concerne la scelta del fornitore di prestazioni. In tutte le opzioni, la persona assicurata s'impegna ad attenersi alle limitazioni definite legate alla scelta del fornitore di prestazioni e a rispettare i provvedimenti volti all'approvvigionamento e alla gestione integrati.

2 Persona assicurata

È assicurata la persona riportata nella polizza assicurativa.

3 Copertura assicurativa

Le prestazioni garantite dall'assicurazione BeneFit PLUS si basano sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, nel rispetto delle disposizioni limitative relative al diritto a prestazioni (par. 16 – 20).

Firmando la proposta d'assicurazione, la persona assicurata si dichiara d'accordo con le disposizioni limitative.



Inizio, modifica e fine dell'assicurazione

4 Stipulazione dell'assicurazione

L'assicurazione BeneFit PLUS può essere stipulata da qualsiasi persona che soddisfa le premesse legali, si dichiara d'accordo sia con le limitazioni legate alla scelta del fornitore di prestazioni coordinate definite nelle presenti condizioni d'assicurazione sia con i provvedimenti predisposti ed è domiciliata nel territorio d'approvvigionamento dell'assicurazione BeneFit PLUS. Restano salve le disposizioni sulla modifica dell'assicurazione (par. 7). Sono escluse dall'ammissione nell'assicurazione BeneFit PLUS le persone che per un determinato periodo di tempo erano escluse dal presente prodotto assicurativo (par. 23).

Al momento della stipulazione dell'assicurazione BeneFit PLUS la persona assicurata sceglie il fornitore di prestazioni coordinatore tra quelli offerti dall'assicuratore per il territorio d'approvvigionamento relativo al domicilio civile della persona assicurata.

5 Sospensione della copertura contro gli infortuni

La persona assicurata che dispone di un'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni professionali e non professionali può richiedere la sospensione della copertura contro gli infortuni. La sospensione avviene al primo giorno del mese successivo a quello della richiesta.

Se la persona assicurata esce dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, deve comunicarlo all'assicuratore entro un mese.

6 Franchigia annua opzionale

Se la persona assicurata opta per una franchigia annua più elevata, ha diritto a una riduzione dei premi. I dettagli sono disciplinati nelle relative disposizioni federali e sono pubblicati nel sito Internet dell'assicuratore e nell'allegato annuale alla polizza.

7 Modifica dell'assicurazione

Se il fornitore di prestazioni coordinatore scelto non è più in grado di assicurare l'assistenza medica (soprattutto in caso di degenza in case di cura e trattamento da parte del loro medico, trasferimento al di fuori del territorio d'approvvigionamento del fornitore di prestazioni coordinatore, uscita del fornitore di prestazioni coordinatore dal sistema d'approvvigionamento dell'assicuratore, soggiorno all'estero, ecc.), l'assicuratore ha il diritto di annullare l'assicurazione BeneFit PLUS, osservando un preavviso di 30 giorni, per la fine di un mese civile.

Tuttavia, se la persona assicurata si trasferisce al di fuori del territorio d'approvvigionamento o il fornitore di prestazioni coordinatore esce dal territorio d'approvvigionamento oppure è assente per un periodo prolungato, la persona assicurata può scegliere un nuovo fornitore di prestazioni coordinate entro 30 giorni dalla comunicazione scritta sul cambiamento di domicilio rispettivamente dalla comunicazione dell'uscita o dell'assenza del fornitore di prestazioni coordinatore dall'offerta dell'assicuratore per il relativo territorio d'approvvigionamento. Se la persona assicurata non fa valere il proprio diritto di scelta entro tale termine, ciò comporta il passaggio automatico all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dell'assicuratore.

In casi giustificati la persona assicurata può cambiare il fornitore di prestazioni coordinate e sceglierne uno nuovo tra quelli offerti dall'assicuratore. La richiesta di cambiamento deve contenere i relativi motivi, avvenire per iscritto e prima della fruizione di prestazioni presso il nuovo fornitore di prestazioni scelto ed essere inviata direttamente all'assicuratore.

8 Disdetta da parte della persona assicurata

La disdetta dell'assicurazione BeneFit PLUS è possibile con un preavviso di tre mesi per la fine di un anno civile o, dopo la comunicazione di un nuovo premio, con un preavviso di un mese per la fine del mese che precede la validità del nuovo premio. La disdetta deve avvenire per iscritto e comporta il passaggio all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Restano salve le disposizioni legali.

9 Sospensione da parte dell'assicuratore

L'assicuratore può sospendere l'assicurazione BeneFit PLUS o un'opzione dell'assicurazione BeneFit PLUS per la fine di un anno civile, osservando un preavviso di due mesi.

La persona assicurata ha la possibilità di passare a un'altra forma particolare d'assicurazione o all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie per la data della sospensione. Con la disdetta da parte dell'assicuratore, la persona assicurata viene informata sulle sue possibilità di trasferimento.

Se la persona assicurata non fa valere il proprio diritto di scelta entro il termine di disdetta, ciò comporta il passaggio automatico all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dell'assicuratore.



Premi e partecipazioni ai costi

10 Premii

Se il rapporto assicurativo inizia o termina nel corso di un mese civile, i premi vengono riscossi esattamente in base al giorno.

Di regola, i premi sono riscossi a scadenza mensile, devono essere pagati in anticipo e scadono il primo giorno di ogni mese. Qualora fossero stati convenuti altri periodi di pagamento, i premi scadono il primo giorno del relativo periodo.

Se è in ritardo con il pagamento del premio, la persona assicurata viene avvertita con un sollecito in merito alle conseguenze del mancato pagamento, con l'imposizione di un ulteriore termine per il pagamento del premio in arretrato. Se il pagamento non avviene entro il termine ulteriore concesso, il premio in arretrato è riscosso in via esecutiva.

11 Sconto sui premi

Per tutte le opzioni dell'assicurazione BeneFit PLUS può essere accordata una riduzione sul premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. È determinante la tariffa dei premi vigente di volta in volta. L'ammontare della franchigia e dell'aliquota percentuale per le prestazioni accordate alla persona assicurata e del contributo ai costi di degenza ospedaliera è disciplinato nelle relative disposizioni federali ed è pubblicato sul sito Internet dell'assicuratore e nell'allegato annuale alla polizza.

12 Partecipazione ai costi

In caso di pagamenti diretti dell'assicuratore ai fornitori di prestazioni, la persona assicurata è tenuta a rimborsare all'assicuratore le franchigie annue convenute e/o le aliquote percentuali entro 30 giorni dalla fatturazione. Se la persona assicurata non adempie il proprio obbligo di pagamento, vale per analogia il paragrafo 10.

13 Tasse

La persona assicurata ha diverse possibilità di pagare i propri premi e partecipazioni ai costi senza spese. L'assicuratore può addebitare alla persona assicurata le spese risultanti dai pagamenti effettuati allo sportello postale.

Le spese, quali ad esempio le spese di sollecito e di riscossione, derivanti da premi e partecipazioni ai costi in arretrato vanno a carico della persona assicurata.

Per gli accordi di pagamento rateale in caso di pagamenti in arretrato viene riscossa una tassa. L'ammontare della tassa dipende dal credito rivendicato nonché dal termine di rimborso concordato.

Diritti e doveri dell'assicuratore

14 Comunicazioni e pagamenti

Le comunicazioni dirette all'assicuratore devono essere inviate all'indirizzo indicato nella polizza. La persona assicurata riceve le comunicazioni e i pagamenti dell'assicuratore con validità giuridica all'ultimo indirizzo e indirizzo di pagamento segnalati. Ulteriori informazioni e comunicazioni vincolanti, come ad esempio sulle modifiche delle presenti condizioni d'assicurazione, sono pubblicate nel sito Internet dell'assicuratore e nell'allegato annuale alla polizza.

I pagamenti effettuati su un conto postale o bancario in Svizzera non sono soggetti a spese. Per i bonifici su conti all'estero può essere trattenuta una commissione di CHF 3.-. In assenza di un conto corrente bancario o postale, i pagamenti vengono effettuati tramite polizza di pagamento (PPR) e i costi relativi vengono detratti dal credito.

15 Scadenza delle prestazioni

Il diritto a prestazioni sorge al momento del trattamento.



Diritti e doveri della persona assicurata

16 Limitazione della scelta del fornitore di prestazioni

La persona assicurata è tenuta a rivolgersi sempre al fornitore di prestazioni coordinatore scelto (o eventualmente al suo sostituto designato) prima di fruire di qualsiasi prestazione medica o di un trattamento.

Tenendo in considerazione la situazione individuale della persona assicurata nonché gli eventuali provvedimenti volti all'approvvigionamento integrato (par. 19), il fornitore di prestazioni coordinatore stabilisce il procedimento di trattamento ottimale e adeguato (soprattutto anche trasferimenti presso altri medici o personale paramedico e/o la prescrizione a consultare gli stessi). Il procedimento di trattamento eventualmente prestabilito è vincolante per la persona assicurata. Se nell'ambito del procedimento di trattamento emerge una modifica non prevista o se il tempo previsto originariamente per il trattamento non basta, la persona assicurata ha l'obbligo di contattare nuovamente il fornitore di prestazioni coordinatore. Questo vale soprattutto per le malattie croniche.

17 Eccezioni dalla limitazione della scelta del fornitore di prestazioni

Per le visite di controllo ginecologiche e l'assistenza al parto non è necessario contattare precedentemente il fornitore di prestazioni coordinatore.

Prima delle cure oculistiche o della prescrizione iniziale di occhiali o lenti a contatto, la persona assicurata è tenuta a rivolgersi al fornitore di prestazioni coordinatore. Gli adattamenti successivi possono essere eseguiti direttamente da un medico specialista oculista senza doversi mettere in contatto prima con il fornitore di prestazioni coordinatore.

Le cure dentarie possono essere eseguite direttamente da un dentista senza la prescrizione da parte del fornitore di prestazioni coordinatore.

18 Urgenze

In caso d'urgenza la persona assicurata si rivolge sempre, se possibile, al proprio fornitore di prestazioni coordinatore. Se il fornitore di prestazioni coordinatore non è raggiungibile, essa può rivolgersi all'organizzazione di pronto soccorso regionale del luogo di domicilio o, se fosse il caso, del luogo di soggiorno.

Sussiste un'urgenza se, secondo la persona stessa o terzi, lo stato di salute è suscettibile di avere esito letale o necessita di un trattamento immediato. Un problema di salute nuovo o che si ripresenta non vale necessariamente quale urgenza, neanche al di fuori degli orari di apertura dello studio medico.

Se l'urgenza richiede un ricovero in ospedale o un trattamento da parte del medico del pronto soccorso, la persona assicurata è tenuta a informare o a fare informare il più presto possibile il proprio fornitore di prestazioni coordinatore, presentan-

dogli un certificato del medico del pronto soccorso.

Se in seguito dovesse essere necessaria una consultazione di controllo, la persona assicurata è tenuta a rivolgersi al fornitore di prestazioni coordinatore. D'intesa con il fornitore di prestazioni coordinatore, l'ulteriore trattamento può essere continuato per tutto il tempo necessario dal medico del pronto soccorso.

19 Misure volte all'approvvigionamento e alla gestione integrati

Se in caso di una malattia specifica (soprattutto cronica o potenzialmente cronica) è necessario un piano di approvvigionamento completo, la persona assicurata ha l'obbligo di sottoporsi a provvedimenti volti all'approvvigionamento integrato. Questi possono contenere, ad esempio, programmi di disease management, case management o la scelta di fornitori di prestazioni particolari. L'assicuratore, il fornitore di prestazioni coordinatore o terzi offerenti rendono attenta la persona assicurata di tali provvedimenti che la stessa è tenuta a rispettare.

In caso di un trattamento ospedaliero previsto (ambulatoriale o stazionario), la persona assicurata ha l'obbligo di notificare, con un preavviso di almeno dieci giorni, il fornitore di prestazioni coordinatore o l'assicuratore.

La persona assicurata ha inoltre l'obbligo di considerare fonti economiche (ad es. farmacie con vendita per corrispondenza) per l'acquisto di medicinali, prestazioni di laboratorio e mezzi ausiliari. La fonte d'acquisto da considerare a seconda dei casi viene comunicata alla persona assicurata dall'assicuratore o dal fornitore di prestazioni coordinatore.

La persona assicurata s'impegna a farsi curare con il medicamento più economico per il trattamento del disturbo. Può trattarsi del farmaco generico o di un preparato originale economico. Se la persona assicurata acquista un medicamento per il quale viene offerta un'alternativa più economica, l'assicuratore o il fornitore di prestazioni coordinatore la rendono attenta di questo fatto.

20 Obbligo di ridurre il danno

La persona assicurata deve attenersi alle prescrizioni dei medici e intraprendere tutto quello che è atto a favorire la guarigione ed evitare tutto quello che la ritarda.



21 Comunicazioni

Le comunicazioni dirette all'assicuratore devono essere indirizzate al mittente indicato nella polizza o alla sede principale.

Un eventuale cambiamento d'indirizzo va tempestivamente notificato per iscritto all'assicuratore. Se un cambiamento di domicilio comporta un cambiamento di premio, l'assicuratore adegua il premio a partire dal primo del mese successivo. In caso di notifica tardiva, l'assicuratore ha il diritto di adeguare il premio retroattivamente al momento in cui la modifica sarebbe avvenuta in caso di notifica in tempo utile.

22 Tessera d'assicurato

La persona assicurata riceve una tessera d'assicurato, con la quale si identifica presso i fornitori di prestazioni. A condizione che sussistano contratti in tal senso, essa l'autorizza inoltre a fruire di varie prestazioni, ad esempio ad acquistare senza contanti nelle farmacie i medicinali prescritti da un medico.

La tessera d'assicurato è valida per la durata della copertura assicurativa. Essa non può essere né prestata né trasferita né resa accessibile a terzi. Se la tessera d'assicurato viene smarrita o, per qualsiasi motivo, non è più in possesso della persona assicurata, l'assicuratore ne deve essere immediatamente informato. La persona assicurata deve distruggere la tessera d'assicurato non appena la copertura assicurativa si estingue.

In caso di abuso della tessera d'assicurato, la persona alla quale essa è intestata è ritenuta responsabile per i danni cagionati all'assicuratore. Segnatamente, devono essere rimborsate all'assicuratore le prestazioni assicurative indebitamente riscosse e devono essere sostenute le spese risultanti. Resta salvo il comportamento non colpevole.

Violazione degli obblighi

23 Conseguenze in caso di violazione degli obblighi

In caso di violazione degli obblighi disciplinati nelle presenti condizioni d'assicurazione, l'assicuratore è autorizzato, tenendo conto della proporzionalità, ad escludere la persona assicurata dall'assicurazione BeneFit PLUS per almeno 12 mesi, rispettando un preavviso di 30 giorni, per la fine di un mese civile e/o a non assumersi i costi per le prestazioni non eseguite o prescritte dal fornitore di prestazioni coordinatore o che non concordano con la sua prescrizione.

La comunicazione dell'esclusione o del rifiuto di assunzione dei costi avviene per iscritto con indicazione del comportamento contravveniente. L'esclusione dall'assicurazione BeneFit PLUS comporta il passaggio automatico all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dell'assicuratore.

Opzioni assicurative

24 Fornitori di prestazioni coordinatori selezionabili

La persona assicurata può scegliere tra le seguenti opzioni:

- consulenza sanitaria telefonica o di telemedicina;
- medico di famiglia coordinatore o studio medico associato coordinatore.



Varie

25 Ripercussioni sulle assicurazioni integrative

Le disposizioni limitative concernenti la fruizione di prestazioni nell'assicurazione BeneFit PLUS possono valere anche per eventuali assicurazioni integrative stipulate presso l'assicuratore, per le quali sono tuttavia determinanti le relative condizioni d'assicurazione.

26 Protezione e trattamento dei dati

Protezione dei dati

L'elaborazione dei dati avviene secondo le disposizioni in materia di protezione dei dati della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e della Legge sulla protezione dei dati (LPD).

Trattamento dei dati

Con la stipulazione dell'assicurazione BeneFit PLUS, la persona assicurata consente all'assicuratore, al fornitore di prestazioni coordinatore o a terzi che agiscono su suo incarico di inoltrarsi a vicenda i dati inerenti ai trattamenti e alle fatture del loro completo approvvigionamento medico se questi vengono necessitati per lo svolgimento dell'assicurazione BeneFit PLUS e soprattutto per il controllo del rispetto degli obblighi da parte delle persone assicurate. La persona assicurata consente inoltre il trattamento di tali dati da parte dell'assicuratore. Passando a un altro fornitore di prestazioni coordinatore, la persona assicurata consente che tali informazioni vengano inoltrate per iscritto al nuovo fornitore di prestazioni coordinatore ed esonera al contempo l'attuale fornitore di prestazioni coordinatore dall'obbligo di mantenere il segreto professionale.

27 Contenzioso

Se la persona assicurata non è d'accordo con una disposizione dell'assicuratore, può richiedere l'emissione di una decisione scritta. Tale decisione contiene un'indicazione dei rimedi giuridici.

28 Responsabilità

La responsabilità per le prestazioni terapeutiche e diagnostiche è esclusivamente dei fornitori di prestazioni che curano la persona assicurata (ad es. medici, terapisti, consulenza sanitaria telefonica).

29 Entrata in vigore

Le presenti Condizioni d'assicurazione entrano in vigore il 1° gennaio 2021. Esse sostituiscono le CA, edizione 1° luglio 2016.

