

Edizione 1° gennaio 2021

## Condizioni d'assicurazione Assicurazione PREMEDI-24 – forma particolare d'assicurazione secondo l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18 marzo 1994

### Indice

- Introduzione**
- Disposizioni generali**
  - 1 Cos'è l'assicurazione PREMEDI-24?
  - 2 Quali principi valgono per l'assicurazione PREMEDI-24?
  - 3 Su quali basi legali poggia la presente assicurazione?
  - 4 Chi è assicurato?
- Stipulazione/disdetta/annullamento dell'assicurazione**
  - 5 Chi può stipulare la presente assicurazione?
  - 6 Come e quando posso disdire il contratto?
  - 7 L'assicuratore può annullare l'assicurazione PREMEDI-24?
- Premi e partecipazioni ai costi**
  - 8 Quali condizioni valgono per i premi e le partecipazioni ai costi?
- Diritti e doveri**
  - 9 Come mi devo comportare in caso di malattia e infortunio?
  - 10 Quali sono i miei doveri quale persona assicurata?
  - 11 Vi sono eccezioni a questi doveri?
  - 12 Cosa devo fare quale persona assicurata in caso di un'urgenza?
  - 13 Come bisogna procedere in caso di malattia cronica?
  - 14 Quali diritti e obblighi devono essere osservati in relazione alla tessera d'assicurato?
  - 15 Quali condizioni valgono per le comunicazioni e i pagamenti?
  - 16 Come sono disciplinate le scadenze?
- Violazione degli obblighi**
  - 17 Quali conseguenze comporta una violazione delle presenti condizioni d'assicurazione?
- Varie**
  - 18 Quali dati della consulenza sanitaria telefonica sono trasmessi all'assicuratore?
  - 19 Com'è disciplinata la responsabilità?
  - 20 Cosa succede in caso di controversie?
  - 21 Quando entrano in vigore le presenti condizioni d'assicurazione?

### 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 Cos'è l'assicurazione PREMEDI-24?**

L'assicurazione PREMEDI-24 è una forma particolare d'assicurazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie 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).
- 2 Quali principi valgono per l'assicurazione PREMEDI-24?**

Prima di fissare una visita per un trattamento medico presso un fornitore di prestazioni (medico, chiropratico, levatrice, ospedale, ecc.), le persone assicurate o, in loro vece, una terza persona prendono contatto con la consulenza sanitaria telefonica.

La consulenza sanitaria telefonica non dispensa prestazioni diagnostiche o terapeutiche, ma si limita alla consulenza medica e ai consigli per la fase di trattamento seguente nonché se necessario per la consultazione presso un fornitore di prestazioni a scelta, a seconda della gravità della malattia e dell'urgenza del problema di salute.

Se è necessaria una visita medica successiva da parte del medico curante o un trasferimento a un altro fornitore di prestazioni, la persona assicurata deve prendere nuovamente contatto con la consulenza sanitaria telefonica.
- 3 Su quali basi legali poggia la presente assicurazione?**
  - 3.1 Per l'assicurazione PREMEDI-24 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.
  - 3.2 Le presenti condizioni d'assicurazione contengono solo le disposizioni applicate a complemento delle basi legali indicate al paragrafo 3.1.



**4 Chi è assicurato?**

Sono assicurate le persone riportate nella polizza assicurativa.

**Stipulazione/disdetta/annullamento dell'assicurazione****5 Chi può stipulare la presente assicurazione?**

L'assicurazione PREMEDI-24 può essere stipulata da chiunque nell'ambito delle disposizioni legali. Sono escluse dall'ammissione le persone che per un determinato periodo di tempo erano escluse dal presente prodotto assicurativo (par. 17).

**6 Come e quando posso disdire il contratto?**

Il passaggio dall'assicurazione PREMEDI-24 all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie è possibile alla fine di un anno civile con un preavviso di tre mesi. La disdetta deve avvenire per iscritto e comporta il passaggio all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dell'assicuratore o di un altro assicuratore malattia. Resta salvo il cambio dell'assicuratore nel corso dell'anno civile in base alle disposizioni legali.

**7 L'assicuratore può annullare l'assicurazione PREMEDI-24?**

L'assicuratore può annullare l'assicurazione PREMEDI-24 alla fine di un anno civile, osservando un preavviso di due mesi.

**Premi e partecipazioni ai costi****8 Quali condizioni valgono per i premi e le partecipazioni ai costi?**

8.1 Nell'assicurazione PREMEDI-24 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.

8.2 Se scelgono franchigie annue più elevate, le persone assicurate hanno diritto a riduzioni dei premi. I dettagli sono disciplinati nelle relative disposizioni federali e sono pubblicati nel sito Internet dell'assicuratore e nell'allegato annuale alla polizza.

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

8.4 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.

8.5 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.

8.6 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 8.5.

8.7 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.

8.8 Per gli accordi di pagamento rateale in caso di arretrati nel pagamento viene riscossa una tassa. L'ammontare della tassa dipende dal creditore rivendicato nonché dal termine di rimborso concordato.



**Diritti e doveri****9 Come mi devo comportare in caso di malattia e infortunio?**

Le persone assicurate devono attenersi alle prescrizioni dei medici e intraprendere tutto quello che è atto a favorire la guarigione ed evitare tutto quello che la ritarda.

**10 Quali sono i miei doveri quale persona assicurata?**

Prima di fissare una visita per un trattamento medico presso un fornitore di prestazioni, le persone assicurate sono tenute a contattare la consulenza sanitaria telefonica. Per controlli successivi e trasferimenti ad altri fornitori di prestazioni, bisogna rivolgersi nuovamente alla consulenza sanitaria telefonica (cfr. par. 2).

**11 Vi sono eccezioni a questi doveri?**

In caso di un soggiorno all'estero, non è obbligatorio rivolgersi prima alla consulenza sanitaria telefonica. Parimenti, non è necessario mettersi in contatto con la consulenza sanitaria telefonica prima di visite ginecologiche di controllo.

Prima di cure oculistiche e della prescrizione iniziale di occhiali o lenti a contatto a partire dal 19° anno d'età, la persona assicurata è tenuta a rivolgersi alla consulenza sanitaria telefonica. Gli adattamenti successivi possono essere eseguiti direttamente da un ottico senza doversi mettere in contatto prima con la consulenza medica telefonica.

**12 Cosa devo fare quale persona assicurata in caso di un'urgenza?**

Per consultazioni d'urgenza non è necessario rivolgersi prima alla consulenza sanitaria telefonica se risulta evidente che si tratta di un'urgenza. 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 dopo un trattamento d'urgenza sono necessari controlli o trattamenti successivi, vale quanto indicato al paragrafo 10.

**13 Come bisogna procedere in caso di malattia cronica?**

In caso di malattia cronica, la persona assicurata è tenuta a contattare la consulenza sanitaria telefonica a intervalli regolari di tre mesi. Il medico curante deve confermare se sussiste o meno una malattia cronica. Per tutti gli altri problemi di salute che non possono essere definiti cronici, vale quanto indicato al paragrafo 10.

**14 Quali diritti e obblighi devono essere osservati in relazione alla tessera d'assicurato?**

- 14.1 Le persone assicurate ricevono una tessera d'assicurato. Essa serve da documento assicurativo nei confronti dei fornitori di prestazioni. A condizione che sussistano contratti in tal senso, essa le autorizza inoltre a fruire di varie prestazioni, ad esempio ad acquistare senza contanti nelle farmacie i medicinali prescritti da un medico.
- 14.2 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.
- 14.3 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 rimosse e devono essere sostenute le spese risultanti. Resta salvo il comportamento non colpevole.

**15 Quali condizioni valgono per le comunicazioni e i pagamenti?**

- 15.1 Le comunicazioni dirette all'assicuratore devono essere inviate all'indirizzo indicato nella polizza. Le comunicazioni e i pagamenti da parte dell'assicuratore sono effettuati con validità giuridica all'ultimo indirizzo e indirizzo di pagamento segnalati dalla persona assicurata.
- 15.2 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.



- 15.3 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.
- 15.4 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.
- 15.5 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.

#### 16 Come sono disciplinate le scadenze?

Il diritto a prestazioni sorge al momento del trattamento.

#### Violazione degli obblighi

#### 17 Quali conseguenze comporta una violazione delle presenti condizioni d'assicurazione?

In caso di violazione degli obblighi disciplinati nelle presenti condizioni d'assicurazione, l'assicuratore è autorizzato a escludere le persone assicurate dall'assicurazione PREMEDI-24 per almeno 12 mesi, rispettando un preavviso di 30 giorni, per la fine di un mese civile. L'esclusione avviene per iscritto con l'indicazione del comportamento contraveniente. Questo comporta automaticamente il passaggio all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dell'assicuratore.

#### Varie

#### 18 Quali dati della consulenza sanitaria telefonica sono trasmessi all'assicuratore?

L'assicuratore riceve dalla consulenza sanitaria telefonica i dati di cui necessita per controllare la gestione corretta dell'assicurazione PREMEDI-24, segnatamente sul rispetto dell'obbligo delle persone assicurate di contattare la consulenza sanitaria telefonica. In tale contesto vengono rispettate 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).

#### 19 Com'è disciplinata la responsabilità?

La responsabilità per le prestazioni terapeutiche e diagnostiche è esclusivamente del fornitore di prestazioni scelto dalle persone assicurate.

#### 20 Cosa succede in caso di controversie?

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.

#### 21 Quando entrano in vigore le presenti condizioni d'assicurazione?

Le presenti condizioni d'assicurazione entrano in vigore il 1° gennaio 2021. Esse sostituiscono le condizioni d'assicurazione per l'assicurazione PREMEDI-24, edizione 1° luglio 2016.

