
Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)

Condizioni d'assicurazione

Edizione gennaio 2009

Ente assicurativo: Sanitas Assicurazioni base SA

sanitas

assicurazione di classe

Indice

Basic	3
CallMed	8
CareMed	11
NetMed	14

Basic

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Assicurazione base)

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Edizione gennaio 2009

Ente assicurativo: Sanitas Assicurazioni base SA

Panoramica dell'assicurazione

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione base) assume i costi di cure in caso di malattia, infortunio e maternità nell'ambito della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Può essere stipulata con la franchigia ordinaria o una franchigia opzionale e come modello assicurativo alternativo ai sensi di una forma d'assicurazione particolare.

Le Condizioni generali d'assicurazione contengono le disposizioni generali per l'assicurazione base Basic. Queste valgono anche per i modelli assicurativi alternativi CallMed, CareMed e Netmed, purché le Condizioni Complementari dei singoli modelli assicurativi alternativi non prevedano disposizioni contrarie.

Estensione dell'assicurazione

1 Basi dell'assicurazione

- 1 Per tutte le questioni non specificamente regolamentate nelle presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA) fanno stato la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), la Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) e le rispettive Ordinanze.
- 2 Nelle presenti Condizioni generali d'assicurazione, il diritto federale e il diritto cantonale vengono applicati in tale ordine.
- 3 In caso di stipulazione di un modello assicurativo alternativo (forma particolare d'assicurazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) fanno inoltre stato le rispettive Condizioni Complementari (CC).
- 4 Il testo redatto in forma maschile vale per analogia anche per persone di sesso femminile.

2 Oggetto dell'assicurazione

La Sanitas Assicurazioni base SA (di seguito denominata Sanitas) assicura le conseguenze economiche di malattie, maternità ed infortuni. Il rischio infortuni è incluso nell'assicurazione se figura sulla polizza.

3 Definizioni

- 1 È considerato malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda una visita o una cura medica e provochi un'incapacità al lavoro.

- 2 La maternità comprende la gravidanza e il parto come pure la successiva convalescenza della madre.
- 3 È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte. Le malattie professionali e le lesioni corporali simili ad infortuni sono equiparate agli infortuni.

4 Validità territoriale

Il campo d'applicazione territoriale si basa sulle disposizioni della Legge federale sull'assicurazione malattie LAMal.

Prestazioni

5 Estensione delle prestazioni

Vengono corrisposte le prestazioni legali.

6 Partecipazione ai costi

La partecipazione ai costi della persona assicurata è composta da:

- franchigia
- aliquota percentuale
- contributo ai costi ospedalieri

7 Soppressione del diritto a prestazioni

Non vengono corrisposte prestazioni per cure e misure che non sono efficaci, appropriate o economiche; l'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici.

8 Prestazioni di terzi

- 1 Ai sensi dell'art. 28 LPGA, la persona assicurata è tenuta ad informare immediatamente la Sanitas su ogni prestazione di terzi (p.es. assicurazione infortuni, responsabilità civile, militare o invalidità) e su eventuali accordi di indennità unica, sempre che la Sanitas abbia da erogare prestazioni per lo stesso caso assicurativo.
- 2 Se la Sanitas eroga prestazioni al posto di terzi, la persona assicurata deve cedere alla Sanitas i suoi diritti nella misura dell'obbligo di prestazioni.
- 3 Accordi stipulati da una persona assicurata con terzi non sono vincolanti per la Sanitas.

9 Responsabilità

Il fornitore di prestazioni scelto dalla persona assicurata è l'unico responsabile delle prestazioni terapeutiche e diagnostiche dispensate.

Obblighi e giustificazione del diritto

10 Obblighi generali

La persona assicurata è obbligata ad attenersi alle prescrizioni dei medici o di altri fornitori di prestazioni e di prestare particolare attenzione all'economicità della cura.

11 Giustificazione del diritto

- 1 Se si fa valere un diritto a prestazioni assicurative, alla Sanitas sono da inoltrare tutte le fatture originali dettagliate al più tardi 5 anni dopo la loro emissione. Scaduto tale termine viene a cadere un qualsiasi diritto a prestazioni.
- 2 Se le prescrizioni mediche sono parte integrante della giustificazione del diritto, vanno inoltrati i rispettivi originali.
- 3 Se si fa valere il diritto a prestazioni per infortuni, va inoltrato anche il formulario «Notifica d'infortunio».

12 Fatture dall'estero

Le fatture e le documentazioni provenienti dall'estero sono da inoltrare in lingua tedesca, francese, italiana o inglese. Per fatture e documentazioni redatte in altre lingue è da allegare una traduzione. Restano riservate le regolamentazioni previste negli accordi sulla libera circolazione delle persone con gli Stati membri dell'UE e dell'AELS.

13 Cessione e costituzione in pegno di prestazioni

La persona assicurata può cedere o impegnare i suoi diritti verso la Sanitas solo previo suo consenso. Resta riservata la cessione di diritti ai fornitori di prestazioni.

Inizio e fine dell'assicurazione

14 Inizio dell'assicurazione

L'inizio dell'assicurazione si basa sulle disposizioni legali. A conferma della copertura assicurativa, la Sanitas spedisce una polizza d'assicurazione.

15 Modifiche d'assicurazione

- 1 La franchigia può essere adeguata sempre per il 1° gennaio; per il passaggio ad una franchigia inferiore vanno osservati i termini di disdetta secondo la cifra 17.
- 2 La copertura infortuni può essere esclusa se viene comprovata l'esistenza dell'assicurazione infortuni secondo LAINF (infortuni professionali e non professionali). L'esclusione avviene al più presto il 1° giorno del mese successivo alla richiesta scritta.
- 3 L'inclusione della copertura infortuni avviene immediatamente dopo la fine dell'assicurazione infortuni secondo LAINF. La soppressione dell'assicurazione infortuni va notificata alla Sanitas entro 30 giorni.

16 Sospensione

Per le persone assicurate assoggettate all'assicurazione militare per oltre 60 giorni consecutivi, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal viene sospesa. La comunicazione alla Sanitas deve avvenire almeno 8 settimane prima dell'inizio dell'obbligo di servizio. In caso di comunicazione tardiva la sospensione avviene per il prossimo termine possibile, al più tardi però 8 settimane dalla ricezione della stessa. La Sanitas compensa i premi pagati in anticipo con i premi futuri o li rimborsa. Dal canto suo, la persona assicurata ha l'obbligo di comunicare alla Sanitas un'eventuale conclusione anticipata del servizio. La durata della sospensione si riduce di conseguenza.

17 Disdetta dell'assicurazione

- 1 La disdetta in seguito a passaggio ad un altro assicuratore può essere inoltrata dalla persona assicurata, osservando un termine di disdetta di tre mesi, per il 31 dicembre e, se non è stato convenuto né un modello assicurativo alternativo né una franchigia opzionale, per il 30 giugno.
- 2 Osservando un termine di un mese, la disdetta può essere inoltrata per la fine del mese che precede l'entrata in vigore di un nuovo premio comunicato.
- 3 L'assicurazione termina dopo aver ricevuto la conferma d'ammissione del nuovo assicuratore.

18 Fine dell'assicurazione

L'assicurazione termina

- con la disdetta dell'assicurazione secondo la cifra 17;
- quando la persona assicurata cessa di essere assoggettata all'obbligo assicurativo;
- per frontalieri secondo l'art. 7 cpv. 4 OAMal;
- per una persona assicurata non assoggettata alla legislazione svizzera in materia d'assistenza sociale, secondo l'art. 9 OAMal;
- al decesso della persona assicurata.

Premi

19 Pagamento dei premi e scadenza

- 1 I premi sono esigibili il 1° giorno del mese di riferimento. I pagamenti possono essere effettuati a scadenze annuali, semestrali, trimestrali, bimestrali o mensili; l'anno assicurativo inizia il 1° gennaio. Se la fatturazione viene inviata ad un indirizzo all'estero, sono consentiti solo pagamenti di premi annuali, semestrali o trimestrali.
- 2 In caso di terminazione prematura dell'assicurazione, vengono restituiti i premi relativi al periodo assicurativo non scaduto.
- 3 La persona assicurata non può compensare premi dovuti con prestazioni pendenti.

20 Diffida e conseguenze della mora

- 1 Se, nonostante la diffida, l'assicurato non paga i premi dovuti o le partecipazioni a costi e se è stata depositata una domanda di proseguimento dell'esecuzione per debiti, la Sanitas sospende l'obbligo di prestazioni nei confronti della persona assicurata finché gli importi arretrati comprese le tasse di diffida, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione non sono stati pagati integralmente. Contemporaneamente, la Sanitas comunica la sospensione delle prestazioni all'ufficio cantonale incaricato di vigilare sul rispetto dell'obbligo assicurativo.
- 2 In caso di disdetta dell'assicurazione secondo la cifra 17, il passaggio al nuovo assicuratore è consentito solo una volta avvenuto il pagamento integrale degli importi dovuti, comprese le tasse di diffida, gli interessi di mora e le spese esecutive.
- 3 Per una persona assicurata residente in uno Stato membro dell'UE o dell'AELS che è assoggettata all'accordo sulla libera circolazione delle persone e che non ha pagato i premi o le partecipazioni ai costi nonostante la diffida e l'informazione sulle conseguenze della mora di pagamento, il rimborso delle prestazioni viene sospeso finché gli arretrati non sono interamente pagati.

- 4 Per diffide ed esecuzioni la Sanitas fattura tasse ed interessi di mora appropriati.

Disposizioni varie

21 Accettazione della polizza d'assicurazione

Se il contenuto della polizza o delle aggiunte alla stessa non corrisponde agli accordi presi, il contraente deve richiederne la rettifica entro 4 settimane dalla ricezione della polizza d'assicurazione. Senza una comunicazione contraria da parte del contraente, la polizza d'assicurazione è ritenuta approvata.

22 Registrazione ed elaborazione dei dati

- 1 La Sanitas garantisce l'osservanza della protezione dei dati conformemente alle prescrizioni della vigente legislazione svizzera in materia, della Legge federale sulla protezione dei dati (LPD) e in particolare dell'art. 33 LPGA e dell'art. 84 ss. LAMal.
- 2 Nell'ambito delle disposizioni legali la Sanitas ha il diritto di raccogliere le informazioni necessarie per l'esercizio dell'assicurazione, di registrarle elettronicamente e di delegare l'elaborazione delle stesse a terzi.

23 Versamento di prestazioni

- 1 La Sanitas versa le prestazioni su un conto postale o bancario. Se viene richiesto il versamento mediante altri mezzi di pagamento, la Sanitas può esigere un indennizzo per i costi supplementari causati. I versamenti vengono effettuati a indirizzi in Svizzera o a indirizzi in Stati dell'UE o dell'AELS se la persona assicurata vive nello Stato corrispondente e sottostà all'accordo sulla libera circolazione delle persone.
- 2 Se, in base a convenzioni, la Sanitas è debitrice nei confronti del fornitore di prestazioni, essa gli versa le sue prestazioni e fattura la partecipazione ai costi alla persona assicurata.
- 3 La Sanitas può compensare le prestazioni con i suoi crediti nei confronti della persona assicurata, purché non sussista una sospensione delle prestazioni ai sensi dell'art. 20 cpv. 1 delle presenti CGA.

24 Comunicazioni/Recapito di contatto

- 1 I cambi di nome e d'indirizzo, risp. il recapito di contatto sono da notificare per iscritto alla Sanitas entro un termine di 30 giorni. In caso contrario, per l'invio legalmente valido della corrispondenza fa stato l'ultimo indirizzo noto.

- 2 Per soggiorni all'estero di durata superiore a tre mesi, alla Sanitas è da comunicare un recapito di contatto in Svizzera. Questa disposizione non vale per trasferimenti del domicilio di diritto civile in uno Stato dell'UE o dell'AELS, se la persona assicurata sottostà all'accordo sulla libera circolazione delle persone.
- 3 Quale indirizzo di recapito per comunicazioni o giustificazioni del diritto fa stato l'indirizzo riportato sulla polizza d'assicurazione.

25 Adeguamento delle condizioni d'assicurazione

Le modifiche delle presenti Condizioni generali d'assicurazione e delle Condizioni Complementari dei modelli assicurativi alternativi come pure altre informazioni vincolanti vengono comunicate alla persona assicurata per iscritto o pubblicandole nella rivista per i clienti.

26 Obbligo assicurativo in Stati membri dell'UE/AELS

Una persona assicurata domiciliata in uno Stato membro dell'UE o dell'AELS che è assoggettata all'accordo sulla libera circolazione delle persone è obbligata a comunicare alla Sanitas entro 30 giorni tutte le modifiche relative all'obbligo assicurativo.

27 Vie di ricorso

- 1 Se una persona assicurata non è d'accordo con una decisione della Sanitas, può richiedere entro un periodo di tempo utile che la Sanitas le rilasci una decisione formale scritta con indicazione dei motivi e dei rimedi giuridici.
- 2 La decisione formale può essere impugnata entro 30 giorni facendo opposizione presso la Sanitas. La Sanitas esamina questa opposizione e rilascia una decisione su opposizione scritta e motivata con indicazione dei rimedi giuridici.
- 3 Contro la decisione su opposizione della Sanitas si può interporre ricorso entro 30 giorni presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni. È competente il Tribunale delle assicurazioni nel Cantone di domicilio della persona assicurata, rispettivamente del terzo interponente.
- 4 Il ricorso può essere interposto anche se la Sanitas, nonostante abbia ricevuto una rispettiva richiesta, non rilascia alcuna decisione o decisione su opposizione.
- 5 Contro la sentenza di un Tribunale cantonale delle assicurazioni può essere interposto ricorso presso il Tribunale federale secondo la LTF (Legge del Tribunale federale).

CallMed

Assicurazione base con prima consulenza al telefono

Condizioni Complementari (CC)

Edizione gennaio 2009

Panoramica dell'assicurazione

CallMed è un modello assicurativo alternativo (forma assicurativa particolare) dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

Con la stipulazione di CallMed la persona assicurata si dichiara disposta a consultare telefonicamente il centro di consulenza medica prima di una cura medica. Il centro di consulenza medica è a disposizione degli assicurati 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno, li consiglia in caso di problemi della salute e dà raccomandazioni sui successivi passi della cura. La persona assicurata rimane libera nella scelta di un eventuale fornitore di prestazioni come previsto nella LAMal.

Disposizioni del modello assicurativo

1 Basi dell'assicurazione

Per tutte le questioni non specificamente regolamentate nelle presenti Condizioni Complementari fanno stato le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) dell'assicurazione base Basic.

2 Obblighi derivanti dal modello assicurativo

- 1 Prima di ricorrere ad una cura medica la persona assicurata contatta telefonicamente il centro di consulenza medica. Il centro consiglia la persona assicurata e le propone un iter di cure mediche che dovrà seguire in modo adeguato.
- 2 Se in base al colloquio di consulenza è indicata una cura medica, il centro di consulenza medica concorda con la persona assicurata un lasso di tempo entro il quale tale cura dovrà essere effettuata presso un fornitore di prestazioni facoltativo. Questo vale anche nel caso si rendesse necessario un trasferimento ad altri fornitori di prestazioni. Se il lasso di tempo concordato non fosse sufficiente per la cura, la persona assicurata si metterà di nuovo in contatto con il centro di consulenza medica prima della scadenza del termine.

3 Eccezioni dall'obbligo di consulenza

- 1 In caso di urgenze non è obbligatorio mettersi in contatto in precedenza con il centro di consulenza medica. Una cura effettuata è da notificare al centro di consulenza medica al più presto possibile, tuttavia entro e non oltre 10 giorni dall'inizio della cura. Trattasi di urgenza se la persona assicurata stessa ritiene di essere in pericolo di vita o necessita di cure immediate o se tale giudizio viene espresso da terzi.
- 2 Nei seguenti casi non è necessario contattare il centro di consulenza medica:
 - esami ginecologici preventivi
 - visite in caso di gravidanza, parto incluso
 - vaccinazioni
 - cure dentarie

4 Violazione dell'obbligo di consulenza

- 1 Se la persona assicurata rinuncia ad una consulenza da parte del centro di consulenza medica prima di ricorrere ad una prestazione medica, dopo un unico sollecito la Sanitas trasferisce la persona assicurata nell'assicurazione base Basic. Il trasferimento avviene retroattivamente per il 1° gennaio dell'anno in cui l'obbligo di consulenza è stato violato per la seconda volta.
- 2 Se la persona assicurata non segue in modo adeguato più volte le raccomandazioni del centro di consulenza sull'iter di cura da intraprendere, la Sanitas si riserva il diritto di trasferire la persona assicurata nell'assicurazione base Basic.
- 3 Un nuovo ritorno a CallMed non è consentito durante due anni.

Modifiche d'assicurazione

5 Modifica d'assicurazione da parte della persona assicurata

- 1 Il passaggio dall'assicurazione base Basic a CallMed è possibile sempre per l'inizio di un mese.
- 2 Il passaggio da CallMed all'assicurazione base Basic o ad un altro modello assicurativo alternativo può avvenire solo per il 1° gennaio. Valgono i termini di disdetta secondo la cifra 17 delle Condizioni generali d'assicurazione.

6 Modifiche d'assicurazione da parte della Sanitas

- 1 La Sanitas trasferisce la persona assicurata CallMed nell'assicurazione base Basic,
- quando la condizione di prendere contatto telefonicamente prima di ricorrere ad una cura medica non può essere rispettata dalla persona assicurata;
 - quando la persona assicurata soggiorna per più di tre mesi all'estero;
 - quando la persona assicurata viola l'obbligo di consulenza secondo la cifra 4.

Ad eccezione della regolamentazione secondo la cifra 4, cpv. 1, il trasferimento avviene osservando un termine di 30 giorni per il 1° giorno del mese successivo.

- 2 La Sanitas può terminare CallMed per la fine di un anno civile rispettando un termine di disdetta di due mesi. Le persone assicurate vengono quindi trasferite per il 1° gennaio dell'anno successivo nell'assicurazione base Basic o, se la persona assicurata lo desidera, in un altro modello assicurativo alternativo.

CareMed

Assicurazione base con scelta di un medico di famiglia

Condizioni Complementari (CC)

Edizione gennaio 2009

Panoramica dell'assicurazione

CareMed è un modello assicurativo alternativo (forma assicurativa particolare) dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

Con la stipulazione di CareMed la persona assicurata si dichiara disposta a consultare in caso di una cura medica il medico di famiglia da lei scelto. Quest'ultimo è il suo primo interlocutore per tutte le questioni di carattere medico. In caso di necessità il medico di famiglia la affida per ulteriori cure ad uno specialista, altro personale medico ausiliario o ad un ospedale.

Disposizioni del modello assicurativo

1 Basi dell'assicurazione

Per tutte le questioni non specificamente regolamentate nelle presenti Condizioni Complementari fanno stato le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) dell'assicurazione base Basic.

2 Obblighi derivanti dal modello assicurativo

- 1 Con la stipulazione di CareMed la persona assicurata sceglie un medico di famiglia e lo comunica alla Sanitas.
- 2 In caso di necessità di una cura medica, la persona assicurata consulta il medico di famiglia da lei scelto. Quest'ultimo esegue gli esami e le cure necessarie o affida la persona assicurata ad un altro fornitore di prestazioni.
- 3 Se il medico di famiglia scelto non è reperibile (p.es. vacanze), la persona assicurata contatta il suo sostituto. In caso di lunga assenza del medico di famiglia, la persona assicurata può scegliere un altro medico di famiglia per la durata dell'assenza. La persona assicurata lo notifica alla Sanitas al più tardi dopo la prima consultazione.
- 4 Se il medico di famiglia chiude il suo studio medico, la persona assicurata notifica il nuovo medico di famiglia scelto alla Sanitas al più tardi dopo la prima consultazione.
- 5 La persona assicurata può cambiare il medico di famiglia da lei scelto in casi circostanziati e lo comunica alla Sanitas al più tardi prima della prima consultazione presso il nuovo medico di famiglia scelto.

3 Eccezioni dall'obbligo di consultazione presso il medico di famiglia

- 1 In caso di urgenze la cura non deve obbligatoriamente avvenire presso il medico di famiglia. Dopo una prima cura da parte di un altro fornitore di prestazioni, per un'eventuale continuazione della cura o il controllo successivo la persona assicurata deve possibilmente rivolgersi nuovamente al suo medico di famiglia.

Trattasi di urgenza se la persona assicurata stessa ritiene di essere in pericolo di vita o necessita di cure immediate o se tale giudizio viene espresso da terzi.

- 2 I seguenti esami e cure possono essere eseguiti direttamente da uno specialista riconosciuto senza dover prima rivolgersi al medico di famiglia scelto:
 - esami ginecologici preventivi
 - visite in caso di gravidanza, parto incluso
 - controlli periodici degli occhi
 - cure dentarie

4 Violazione dell'obbligo di consultazione presso il medico di famiglia

- 1 Se la persona assicurata richiede prestazioni mediche da fornitori di prestazioni senza consultare dapprima il suo medico di famiglia, dopo un unico sollecito la Sanitas la trasferisce nell'assicurazione base Basic. Il trasferimento avviene retroattivamente per il 1° gennaio dell'anno in cui l'obbligo di consulenza presso il medico di famiglia è stato violato per la seconda volta.
- 2 Un nuovo ritorno a CareMed non è consentito durante due anni.

Modifiche d'assicurazione

5 Modifiche d'assicurazione da parte della persona assicurata

- 1 Il passaggio dall'assicurazione base Basic a CareMed è possibile sempre per l'inizio di un mese.
- 2 Il passaggio da CareMed all'assicurazione base Basic o ad un altro modello assicurativo alternativo può avvenire solo per il 1° gennaio. Valgono i termini di disdetta secondo la cifra 17 delle Condizioni generali d'assicurazione.

6 Modifiche d'assicurazione da parte della Sanitas

- 1 La Sanitas trasferisce la persona assicurata CareMed nell'assicurazione base Basic,
 - se la cura medica non può più essere eseguita dal medico di famiglia scelto;
 - quando la persona assicurata soggiorna per più di tre mesi all'estero;
 - se la persona assicurata viola l'obbligo di consultazione presso il medico di famiglia secondo la cifra 4.
 - Ad eccezione della regolamentazione secondo la cifra 4, il trasferimento avviene osservando un termine di 30 giorni per il 1° giorno del mese successivo.

- 2 La Sanitas può terminare CareMed per la fine di un anno civile rispettando un termine di disdetta di due mesi. Le persone assicurate vengono quindi trasferite per il 1° gennaio dell'anno successivo nell'assicurazione base Basic o, se la persona assicurata lo desidera, in un altro modello assicurativo alternativo.

Disposizioni varie

7 Registrazione ed elaborazione dei dati

- 1 Con la stipulazione di CareMed la persona assicurata autorizza il medico di famiglia o un terzo da lui autorizzato a consultare tutti i dati relativi alle cure e alle fatture concernenti l'assistenza medica.

- 2 La Sanitas è autorizzata a trasmettere al medico di famiglia scelto dalla persona assicurata o ad un terzo da lui autorizzato i dati necessari per la gestione di CareMed rispettando le prescrizioni sul segreto professionale e sulla protezione dei dati.

NetMed

Assicurazione base con scelta di un medico di famiglia coordinatore

Condizioni Complementari (CC)

Edizione gennaio 2009

Panoramica dell'assicurazione

NetMed è un modello assicurativo alternativo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), nell'ambito del quale la Sanitas stipula dei contratti di collaborazione con reti di medici e ambulatori HMO.

Con la stipulazione di NetMed la persona assicurata sceglie un medico di famiglia che opera all'interno di una rete di medici o di un ambulatorio HMO riconosciuti dalla Sanitas (medico coordinatore) e si dichiara disposta a consultare il medico coordinatore per ogni cura medica. Quest'ultimo è responsabile per la cura olistica e l'assistenza della persona assicurata per tutte le questioni concernenti la salute. In caso di necessità il medico coordinatore la affida per ulteriori cure ad uno specialista, altro personale medico ausiliario o ad un ospedale.

Regolamentazione del modello assicurativo

1 Basi dell'assicurazione

Per tutte le questioni non specificamente regolamentate nelle presenti Condizioni Complementari fanno stato le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) dell'assicurazione base Basic.

2 Obblighi derivanti dal modello assicurativo

- 1 Con la stipulazione di NetMed la persona assicurata sceglie un medico di famiglia che opera all'interno di una rete di medici o di un ambulatorio HMO riconosciuti (di seguito denominato medico coordinatore) e lo comunica alla Sanitas. La Sanitas dispone di un elenco dei medici coordinatori da lei riconosciuti che viene periodicamente aggiornato; è possibile consultarlo presso la Sanitas o richiederne un estratto.
- 2 In caso di necessità di una cura medica, la persona assicurata consulta il medico coordinatore da lei scelto. Quest'ultimo esegue gli esami e le cure necessarie o affida la persona assicurata ad un altro fornitore di prestazioni.
- 3 La persona assicurata può cambiare il medico coordinatore da lei scelto in casi circostanziati e lo comunica alla Sanitas al più tardi prima della prima consultazione presso il nuovo medico di famiglia scelto.

3 Eccezioni dall'obbligo di consultazione presso il medico coordinatore

- 1 Anche in caso di urgenze è opportuno rivolgersi per la cura al medico coordinatore. Qualora non fosse possibile, la persona assicurata informa il medico coordinatore entro 10 giorni dal trattamento avvenuto al di fuori del suo studio. Un'eventuale continuazione della cura o il controllo successivo deve possibilmente avvenire nuovamente presso il medico coordinatore.

Trattasi di urgenza se la persona assicurata stessa ritiene di essere in pericolo di vita o necessita di cure immediate o se tale giudizio viene espresso da terzi.

- 2 I seguenti esami possono essere eseguiti direttamente da uno specialista riconosciuto, dopo aver informato il medico coordinatore:
 - esami ginecologici preventivi
 - visite in caso di gravidanza, parto incluso
 - controlli periodici degli occhi

Per ulteriori cure ginecologiche o oculistiche presso uno specialista riconosciuto è comunque necessaria la prescrizione del medico coordinatore.

- 3 Le cure dentarie possono essere eseguite direttamente da uno specialista riconosciuto, senza dover informare il medico coordinatore.

4 Violazione dell'obbligo di consultazione presso il medico coordinatore

- 1 Se la persona assicurata richiede prestazioni mediche da fornitori di prestazioni senza una prescrizione del suo medico coordinatore, dopo un unico sollecito la Sanitas la trasferisce nell'assicurazione base Basic. Il trasferimento avviene retroattivamente per il 1° gennaio dell'anno in cui l'obbligo di consulenza presso il medico coordinatore è stato violato per la seconda volta.
- 2 Un ritorno a NetMed non è consentito durante due anni.

Modifiche d'assicurazione

5 Modifiche d'assicurazione da parte della persona assicurata

- 1 Il passaggio dall'assicurazione base Basic a NetMed è possibile sempre per l'inizio di un mese.
- 2 Il passaggio da NetMed all'assicurazione base Basic o ad un altro modello assicurativo alternativo può avvenire solo per il 1° gennaio. Valgono i termini di disdetta secondo la cifra 17 delle Condizioni generali d'assicurazione.

- 3 In caso di trasferimento in un'altra regione, la persona assicurata sceglie un altro medico coordinatore dall'elenco e lo comunica alla Sanitas al più tardi prima della prima consultazione. Se presso il nuovo luogo di residenza o di lavoro non esiste un medico coordinatore, la persona assicurata deve passare all'assicurazione base Basic o ad un modello assicurativo alternativo.

6 Modifiche d'assicurazione da parte della Sanitas

- 1 La Sanitas trasferisce la persona assicurata NetMed nell'assicurazione base Basic,
- se la cura medica non può più essere eseguita dal medico coordinatore;
 - se il medico scelto non è più a disposizione in quanto medico coordinatore e la persona assicurata non ne sceglie uno nuovo;
 - quando la persona assicurata soggiorna per più di tre mesi all'estero;
 - quando la persona assicurata viola l'obbligo di consultazione presso il medico coordinatore secondo la cifra 4.

Ad eccezione della regolamentazione secondo la cifra 4, il trasferimento avviene osservando un termine di 30 giorni per il 1° giorno del mese successivo.

- 2 La Sanitas può terminare NetMed per la fine di un anno civile rispettando un termine di disdetta di due mesi. La persona assicurata viene quindi trasferita per il 1° gennaio dell'anno successivo nell'assicurazione base Basic.

Disposizioni varie

7 Registrazione ed elaborazione dei dati

- 1 Con la stipulazione di NetMed la persona assicurata autorizza il medico coordinatore o un terzo da lui autorizzato a consultare tutti i dati relativi alle cure e alle fatture concernenti l'assistenza medica.
- 2 La Sanitas è autorizzata a trasmettere al medico coordinatore o ad un terzo da lui autorizzato i dati necessari per la gestione di NetMed rispettando le prescrizioni sul segreto professionale e sulla protezione dei dati.