

CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE (CGA LAMAL)

Edizione 1° gennaio 2022

PER LE ASSICURAZIONI SECONDO LA LEGGE SULL'ASSICURAZIONE MALATTIE (LAMAL)

INDICE

2	Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per le assicurazioni secondo la legge sull'assicurazione malattie (LAMal)	12	Assicurazione HMO
3	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie	15	Assicurazione medico di famiglia CareMed
5	Indennità giornaliera LAMal	18	Assicurazione FlexCare
9	Assicurazione TelFirst	21	Assicurazione SmartCare

Vogliate conservare questi documenti insieme alla polizza d'assicurazione

INDICE

A GENERALITÀ		C INDENNITÀ GIORNALIERA LAMAL	
I Basi		I Generalità	
1 Basi legali	3	22 Basi e scopo dell'assicurazione	5
2 Campo d'applicazione	3	23 Indennità giornaliera per malattia e infortunio	5
3 Forma maschile/femminile	3	24 Periodi di differimento	5
		25 Assicurazioni ammesse	5
II Rapporto d'assicurazione		II Rapporto d'assicurazione	
4 Stipulazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie	3	26 Proposta d'assicurazione	6
5 Stipulazione dell'assicurazione Indennità giornaliera LAMal	3	27 Riserva d'assicurazione	6
6 Proposta d'assicurazione	3	28 Infrazione all'obbligo di notifica	6
		29 Aumento dell'assicurazione	6
III Disposizioni varie		30 Trasformazione dell'assicurazione	6
7 Condizioni di pagamento	3	31 Riduzione, disdetta ed estinzione dell'assicurazione	6
8 Formalità di pagamento	3		
9 Doveri d'annuncio e notifica	3	III Premi	
		32 Determinazione dei premi	6
B ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE		IV Prestazioni	
I Generalità		33 Premesse delle prestazioni	6
10 Basi	3	34 Inizio delle prestazioni e deduzione del periodo di differimento	7
11 Rischio d'infortunio	4	35 Durata delle prestazioni	7
11a Premi	4	36 Incapacità lavorativa parziale	7
12 Rimborso dei premi in caso di servizio militare	4	37 Sovraindennizzo	7
13 Prestazioni in caso di soggiorno all'estero	4	38 Maternità	7
14 Cambiamento d'assicuratore	4	39 Diritto all'estero	7
		40 Copertura assicurativa dopo il compimento dei 65 anni d'età	7
II Partecipazione ai costi		D DISPOSIZIONI FINALI	
15 Tipi di partecipazione ai costi	4	41 Compensazione	7
16 Esenzione dalla partecipazione ai costi	5	42 Obbligo del segreto, protezione dei dati	7
17 Franchigia ordinaria	5	43 Amministrazione della giustizia	8
		44 Applicazione delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA)	8
III Franchigia opzionale			
18 Principio	5		
19 Stipulazione e cambio	5		
20 Importi opzionali	5		
IV Disposizioni varie sulla partecipazione ai costi			
21 Importo massimo	5		

A GENERALITÀ

I Basi

1 Basi legali

Le basi legali per le presenti Condizioni generali di assicurazione (CGA) sono costituite dalle leggi seguenti e dalle relative disposizioni di applicazione:

- Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)
- Legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie (LVAMal)
- Parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA)

2 Campo d'applicazione

Queste Condizioni generali d'assicurazione valgono per le assicurazioni gestite dall'Atupri Assicurazione della salute (nel prosieguo denominata Atupri) secondo le disposizioni della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

3 Forma maschile / femminile

La forma maschile impiegata in queste Condizioni generali d'assicurazione vale anche per le persone di sesso femminile e viceversa.

II Rapporto d'assicurazione

4 Stipulazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Si possono assicurare le persone domiciliate entro il raggio d'attività d'Atupri, secondo le disposizioni degli articoli 1-6 dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal).

5 Stipulazione dell'assicurazione Indennità giornaliera LAMal

- 5.1 Si possono assicurare le persone che hanno compiuto il 15°, ma non ancora il 65° anno d'età e che sono domiciliate o occupate in Svizzera.
- 5.2 Le persone che sono state private delle prestazioni di un'assicurazione Indennità giornaliera non possono più stipulare un'altra assicurazione Indennità giornaliera.

6 Proposta d'assicurazione

- 6.1 La proposta di assicurazione deve avvenire in forma scritta o nel formato elettronico previsto a tale scopo. Si deve rispondere alle domande poste nella proposta d'assicurazione in modo veritiero e completo. Per una persona incapace di agire, la proposta d'assicurazione deve essere inoltrata dal suo rappresentante legale.
- 6.2 È necessario rispondere alle domande concernenti lo stato di salute solo alla stipulazione dell'assicurazione Indennità giornaliera LaMal, nonché alla richiesta di un'assicurazione supplementare secondo la LCA.

III Disposizioni varie

7 Condizioni di pagamento

- 7.1 I premi sono pagabili in anticipo, di regola mensilmente, e, secondo le modalità di pagamento, sono esigibili il primo giorno del mese del periodo contabile. Atupri può offrire altre modalità di pagamento.

- 7.2 Se l'assicurazione inizia o cessa nel corso di un mese, i premi sono dovuti pro rata, secondo il numero di giorni assicurati.

- 7.3 Le spese causate dagli arretrati nel pagamento dei premi e dalla partecipazione ai costi, come spese di sollecito, spese di incasso e altre spese amministrative, sono a carico della persona assicurata.

8 Formalità di pagamento

- 8.1 L'addebito dei premi e delle partecipazioni ai costi, come pure l'accredito di prestazioni ed altri averi, avviene tramite il consueto traffico pagamenti. Atupri può prevedere delle deroghe per l'incasso dei premi.
- 8.2 Atupri effettua gli accrediti di averi agli stipulanti esclusivamente tramite un conto bancario o postale. La corrispondente relazione di conto deve essere comunicata tempestivamente ad Atupri.
- 8.3 Le spese sostenute da Atupri per i pagamenti effettuati allo sportello postale possono essere riaddebitate, in tutto o in parte, da Atupri alla persona assicurata.

9 Doveri d'annuncio e notifica

- 9.1 In caso d'infortunio la persona assicurata deve inoltrare senza indugio un avviso d'infortunio che informi in merito a
 - ora, luogo, dinamica e conseguenze dell'infortunio
 - medico curante o ospedale
 - eventuali responsabili ed assicuratoriLe relative notifiche d'infortunio sono disponibili in formato elettronico o possono essere richieste al Service Center.
- 9.2 La persona assicurata deve fornire ad Atupri tutte le indicazioni necessarie alla determinazione delle prestazioni. In ciò rientra anche l'invio di eventuali decisioni emesse da altri assicuratori sociali e di atti di eventuali assicuratori privati.
- 9.3 La persona assicurata è tenuta ad informare Atupri in merito al genere ed alla quantità di tutte le prestazioni che in caso di malattia o infortunio percepisce da terzi responsabili in virtù di atti illeciti subiti, per contratto o per legge.
- 9.4 La persona assicurata è tenuta a comunicare senza indugio ad Atupri tutte le modifiche riguardanti il rapporto d'assicurazione (ad es. i cambiamenti di domicilio, la relazione di conto). Essa è responsabile per gli svantaggi o i danni derivanti da una comunicazione ritardata.

B ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE

I Generalità

10 Basi

- 10.1 L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (in seguito detta assicurazione di base) viene gestita conformemente alle leggi LAMal e LVAMal e alle relative disposizioni di applicazione. Il volume delle prestazioni si basa sulle disposizioni di legge e comprende i seguenti rischi:

- malattia
 - maternità
 - infortunio, se non vi è un altro assicuratore dell' infortunio tenuto a corrispondere le prestazioni
- 10.2 Nell'assicurazione di base Atupri offre le seguenti forme assicurative, conformemente alle disposizioni della LAMal:
- Standard
 - TelFirst
 - HMO
 - CareMed
 - FlexCare
 - SmartCare
- 10.3 TelFirst, HMO, CareMed, FlexCare e SmartCare sono forme speciali di assicurazione, che comportano restrizioni nella scelta dei fornitori di prestazioni. Vigge rispettivamente l'appendice a parte delle presenti CGA.
- 10.4 L'assicurazione con franchigia opzionale ai sensi degli articoli 18-20 è parimenti considerata forma speciale d'assicurazione. Essa può essere stipulata per tutte le forme d'assicurazione secondo il capoverso 2.

11 Rischio d'infortunio

- 11.1 Se il rischio d'infortunio è assicurato, nel caso di infortunio corrispondono le stesse prestazioni come in caso di malattia.
- 11.2 Le persone assicurate che sono al beneficio della copertura obbligatoria per gli infortuni professionali e non professionali secondo la legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) possono richiedere la sospensione della copertura per l'infortunio. L'esistenza della copertura secondo la LAINF deve essere dimostrata. La sospensione inizia al più presto il primo giorno del mese successivo alla domanda.
- 11.3 Se la copertura secondo LAINF si estingue, la persona assicurata deve comunicare tale fatto ad Atupri entro un mese.

11a Premi

- 11a.1 A causa del sistema della ripartizione delle spese, la tariffa dei premi è soggetta a modifiche e solitamente è determinata nuovamente all'inizio di ogni anno civile. Una volta autorizzato dall'autorità di vigilanza, il nuovo premio dev'essere comunicato all'assicurato almeno due mesi prima dell'entrata in vigore.
- 11a.2 Determinante per il premio è il luogo di domicilio dell'assicurato.
- 11a.3 Il luogo di domicilio è il luogo in cui l'assicurato vive effettivamente per più tempo e in cui egli desidera restare per un determinato tempo; non deve corrispondere necessariamente al luogo di domicilio secondo il Codice civile (CC).
- 11a.4 Se il cambio del domicilio causa un cambiamento del premio, questo entrerà in vigore alla data in cui si è cambiato domicilio. Se non viene comunicata una data, Atupri adatta il premio per l'inizio del mese più vicino alla data risultante nella comunicazione di cambiamento d'indirizzo. Un adattamento del premio

causato dal cambio d'indirizzo non dà diritto al cambio di assicuratore ai sensi dell'articolo 14.2.

12 Rimborso dei premi in caso di servizio militare

Se una persona assicurata è assoggettata per più di 60 giorni consecutivi all'assicurazione militare, dietro sua richiesta l'obbligo dell'assicurazione di base viene sospeso. Per essere liberati dal pagamento del premio dall'inizio del servizio militare, la data d'entrata in servizio dev'essere comunicata ad Atupri almeno con otto settimane di preavviso.

13 Prestazioni in caso di soggiorno all'estero

- 13.1 Nell'ambito delle disposizioni legali Atupri assume i costi del trattamento sanitario all'estero, che si rende necessario in seguito a pronto soccorso. È considerato caso di pronto soccorso il frangente nel quale, durante un soggiorno all'estero, la persona assicurata necessita di assistenza sanitaria ed il rientro in Svizzera non è appropriato.
- 13.2 Se una persona assicurata si reca all'estero con l'intento di sottoporsi a trattamento, cure sanitarie o parto, non vengono corrisposte prestazioni. Restano riservate le deroghe previste dalla legge.

14 Cambiamento d'assicuratore

- 14.1 Il cambiamento d'assicuratore può essere notificato dalla persona assicurata mediante disdetta, osservando un preavviso di tre mesi per la fine di giugno o di dicembre di ogni anno.
- 14.2 Nel caso in cui venga comunicato il nuovo premio secondo l'art 11a.1, la persona assicurata può passare a un altro assicuratore malattia per la fine del mese precedente l'aumento, osservando un preavviso di disdetta di un mese.
- 14.3 La disdetta è valida soltanto quando è stata effettuata per iscritto ed entro i termini prestabiliti. La disdetta viene considerata come avvenuta nei termini prestabiliti, se Atupri la riceve durante le usuali ore commerciali, entro l'ultimo giorno lavorativo che precede il periodo minimo del termine di disdetta.
- 14.4 Finché le persone assicurate morose non hanno pagato interamente i premi arretrati, le partecipazioni ai costi, gli interessi di ritardo e le spese esecutive, esse non possono cambiare assicuratore, contrariamente a quanto previsto ai capoversi 1 e 2.
- 14.5 Le disposizioni derogatorie relative alle forme speciali d'assicurazione hanno la precedenza sulle presenti Condizioni generali d'assicurazione.

II Partecipazione ai costi

15 Tipi di partecipazione ai costi

- 15.1 Le persone assicurate devono partecipare ai costi delle cure medico-sanitarie per malattia e infortunio con:
- un importo fisso per anno (franchigia)
 - una partecipazione personale pari perlomeno al 10% dei costi delle cure medico-sanitarie eccedenti la franchigia
 - un contributo giornaliero di CHF 15.- per i costi di

degenza ospedaliera

- 15.2 Per la riscossione della franchigia e della partecipazione personale è determinante la data del trattamento.
- 15.3 In caso di cambiamento d'assicuratore nel corso di un anno civile, Atupri deduce la franchigia e la partecipazione personale già addebitata nell'anno in corso.

16 Esenzione dalla partecipazione ai costi

- 16.1 Per le persone assicurate fino ai 19 anni d'età compiuti, si addebita un importo fisso per anno civile soltanto se è stata convenuta una franchigia opzionale secondo l'articolo 20.
- 16.2 Non viene addebitata nessuna partecipazione ai costi sulle prestazioni per maternità.

17 Franchigia ordinaria

La franchigia ordinaria per gli adulti ammonta a CHF 300.– per anno civile.

III Franchigia opzionale

18 Principio

L'assicurazione con franchigia opzionale è considerata una forma particolare dell'assicurazione di base nel quadro della legge federale sull'assicurazione malattie e delle relative ordinanze.

19 Stipulazione e cambio

- 19.1 L'adesione all'assicurazione con franchigia opzionale è ammessa per tutte le persone assicurate.
- 19.2 La scelta di una franchigia maggiorata può avvenire soltanto per l'inizio di un anno civile.
- 19.3 Il cambio ad una franchigia più bassa, ad un'altra forma d'assicurazione o ad un altro assicuratore è possibile nel rispetto di un termine di disdetta di tre mesi per la fine di un anno civile nonché conformemente all'articolo 14.2.
- 19.4 Se la persona assicurata cambia assicuratore nel corso dell'anno civile, conformemente all'articolo 14.2, essa mantiene la franchigia scelta presso l'assicuratore precedente, a condizione che il nuovo assicuratore offra questa forma assicurativa.

20 Importi opzionali

- 20.1 Contro una riduzione dei premi, le persone assicurate possono scegliere una franchigia maggiorata.
- 20.2 Atupri offre le seguenti franchigie opzionali per le persone assicurate di età superiore ai 19 anni: CHF 500.–, CHF 1'000.–, CHF 1'500.–, CHF 2'000.– e CHF 2'500.–.
- 20.3 Atupri offre le seguenti franchigie opzionali per le persone assicurate di età inferiore ai 19 anni: CHF 100.–, CHF 200.–, CHF 400.– e CHF 600.–.
- 20.4 Le riduzioni sono calcolate in maniera tale che il premio dell'assicurazione con la massima franchigia opzionale corrisponda ad almeno il 50% del premio che viene richiesto per la franchigia ordinaria con copertura infortuni; a questo proposito è determinante il gruppo di età e la regione del premio della

persona assicurata. Per il resto la riduzione del premio corrisponde al massimo all'70% del rischio supplementare assunto dalla persona assicurata con la scelta della franchigia massima, vale a dire alla differenza fra la rispettiva franchigia opzionale e la franchigia ordinaria.

IV Disposizioni varie sulla partecipazione ai costi

21 Importo massimo

- 21.1 L'importo massimo annuo della partecipazione ai costi ammonta per le persone assicurate a partire dai 19 anni di età compiuti a CHF 700.– per la partecipazione personale più l'importo della franchigia ordinaria, rispettivamente quella opzionale. Il contributo giornaliero di CHF 15.– alle spese di degenza ospedaliera deve essere pagato a complemento.
- 21.2 Per le persone assicurate fino a 19 anni d'età compiuti, l'importo massimo annuo ammonta a CHF 350.– per la partecipazione personale più l'importo di un'eventuale franchigia opzionale.
- 21.3 Se in una famiglia ci sono più persone in età al di sotto dei 19 anni, assicurate presso Atupri, per le stesse insieme si deve pagare tutt'al più la franchigia ordinaria e l'importo massimo relativi ad una persona adulta.
- 21.4 Se nell'ambito di una famiglia vengono scelte franchigie opzionali per persone al di sotto dei 19 anni compiuti, la partecipazione complessiva ai costi per tali persone tutte insieme ammonta al massimo al doppio della franchigia più elevata scelta, più l'importo massimo della partecipazione personale per ogni figlio.

C INDENNITÀ GIORNALIERA LAMAL

I Generalità

22 Basi e scopo dell'assicurazione

- 22.1 L'assicurazione di indennità giornaliera LAMal viene gestita secondo la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) come pure secondo la legge sulla vigilanza sull'assicurazione malattie (LVAMal).
- 22.2 L'assicurazione Indennità giornaliera LAMal copre la perdita di guadagno in caso d'incapacità lavorativa dovuta a malattia, infortunio o maternità.

23 Indennità giornaliera per malattia e infortunio

A titolo opzionale è possibile stipulare la copertura per i rischi di malattia, compresa la gravidanza con o senza inclusione del rischio infortunio.

24 Periodi di differimento

Possono essere scelti periodi di differimento di 2, 14, 21, 30, 60, 90, 120, 150, 180 oppure 360 giorni.

25 Assicurazioni ammesse

- 25.1 Nell'assicurazione Indennità giornaliera LAMal può essere assicurato un importo massimo giornaliero di CHF 30.–. L'importo minimo giornaliero ammonta a CHF 10.–. Restano riservate le disposizioni inerenti alla copertura assicurativa dopo i 65 anni d'età secondo

l'articolo 40.1.

- 25.2 Per le persone che non esercitano un'attività lucrativa è ammesso un importo massimo giornaliero di CHF 10.–.
- 25.3 Le assicurazioni esistenti al di fuori d'Atupri vengono computate all'importo massimo ammesso.

II Rapporto d'assicurazione

26 Proposta d'assicurazione

Atupri può esigere dal proponente un certificato medico oppure una visita di carattere medico fiduciario. Essa ne assume i costi e può definire il medico.

27 Riserva d'assicurazione

- 27.1 Le malattie, le infermità e le conseguenze d'infortunio esistenti al momento della stipulazione sono escluse dall'assicurazione (riserva d'assicurazione). Sono oggetto di riserva anche le malattie e gli infortuni di cui l'assicurato ha sofferto precedentemente all'ammissione se, in base all'esperienza, è possibile una ricaduta.
- 27.2 La riserva è valida a partire dall'inizio dell'assicurazione e decade automaticamente dopo 5 anni. Prima della decorrenza di tale termine la persona assicurata può apportare a mezzo di un certificato medico dettagliato la prova che una riserva esistente non è più giustificata.
- 27.3 La riserva di assicurazione è comunicata per iscritto all'assicurato, con l'indicazione dell'inizio e della fine del periodo di riserva.

28 Infrazione all'obbligo di notifica

Se il proponente ha fatto intenzionalmente sulla domanda d'assicurazione indicazioni non veritiere o incomplete su malattie o conseguenze d'infortunio, Atupri può applicare in seguito una riserva retroattiva.

29 Aumento dell'assicurazione

Per l'aumento dell'assicurazione si applicano nello stesso senso le disposizioni inerenti alla stipulazione dell'assicurazione secondo gli articoli 26-28.

30 Trasformazione dell'assicurazione

- 30.1 È possibile convertire le somme relative all'indennità giornaliera e i tempi di attesa nell'assicurazione di indennità giornaliera esistente mantenendo invariata la fascia di età se il premio da pagare non aumenta.
- 30.2 Se il periodo di differimento corrisponde al diritto di proseguimento del versamento salariale precedente, i dipendenti possono
- in caso di modifica del contratto di lavoro, ridurre il periodo di differimento per la durata del proseguimento del versamento del guadagno che è andato perso, oppure
 - in caso d'inizio di un'attività lucrativa indipendente, ridurre il periodo di differimento a 30 giorni.
- Le domande devono essere inoltrate entro 3 mesi dalla data del fatto che giustifica la modifica. Entro questo termine la riduzione del periodo di differimento viene accordata senza tener conto dell'età né dello stato di

salute.

- 30.3 Le persone assicurate disoccupate possono trasformare la loro assicurazione Indennità giornaliera esistente, per lo stesso importo ed a prescindere dallo stato di salute, in un'assicurazione con un periodo di differimento di 30 giorni.

31 Riduzione, disdetta ed estinzione dell'assicurazione

- 31.1 Con un preavviso di disdetta di 3 mesi, ogni persona assicurata può disdire per iscritto e per la fine di un mese l'assicurazione Indennità giornaliera LAMal, rispettivamente ridurre l'assicurazione esistente.
- 31.2 Una persona assicurata può comunque disdire per iscritto e per la fine di un mese l'assicurazione se è soddisfatta una delle seguenti premesse:
- trasferimento permanente del domicilio all'estero
 - aumento dei premi nell'assicurazione Indennità giornaliera
 - trasferimento ad un'assicurazione Indennità giornaliera del datore di lavoro
- 31.3 In caso di presumibile sovrindennizzo permanente, la persona assicurata oppure Atupri hanno il diritto di ridurre l'assicurazione Indennità giornaliera esistente.
- 31.4 L'assicurazione cessa automaticamente con il raggiungimento della durata massima delle prestazioni, al più tardi con il compimento dei 70 anni d'età.
- 31.5 La riduzione della copertura assicurativa dopo il compimento dei 65 anni d'età è disciplinata nell'articolo 40.

III Premi

32 Determinazione dei premi

- 32.1 Fino ai 25 anni d'età i premi vengono fissati secondo la relativa età effettiva.
- 32.2 A partire dai 26 anni d'età i premi vengono fissati secondo l'età d'entrata; come età minima d'entrata vale la fascia d'età da 26 a 30.
- 32.3 In caso di aumento dell'assicurazione, l'indennità giornaliera esistente conserva per principio il gruppo d'età precedente. Per la definizione del gruppo d'età relativo all'indennità giornaliera supplementare è determinante l'età effettiva. Restano riservate le disposizioni secondo l'articolo 30. La Direzione disciplina i casi speciali, in particolare le richieste ripetute di aumenti.

IV Prestazioni

33 Premesse delle prestazioni

- 33.1 La persona assicurata deve annunciare la sua incapacità lavorativa entro 5 giorni dalla decorrenza del periodo di differimento convenuto. Entro altri 3 giorni deve essere inoltrato un certificato del medico o del chiropratico sull'incapacità lavorativa.
- 33.2 In caso di invio tardivo di tale documento, il diritto all'indennità giornaliera esiste al più presto a partire dalla ricezione del certificato medico.
- 33.3 La persona assicurata deve documentare la perdita di guadagno non coperta.
- 33.4 A conclusione dell'incapacità lavorativa, o dopo

modifica del relativo grado, deve essere inviata immediatamente ad Atupri una conferma del grado e della durata dell'incapacità lavorativa.

33.5 Quando una persona assicurata chiede prestazioni assicurative, è tenuta ad autorizzare tutte le persone e i servizi, segnatamente datore di lavoro, medici, assicurazioni e pubblici uffici, a impartire nel singolo caso le informazioni necessarie per accertare il diritto alle prestazioni. Tali persone e servizi sono tenuti a fornire le informazioni.

34 Inizio delle prestazioni e deduzione del periodo di differimento

34.1 Il diritto alle indennità giornaliere inizia dopo la decorrenza del periodo di differimento convenuto.

34.2 Per la corresponsione delle prestazioni il periodo di differimento è calcolato una volta nell'arco di 365 giorni.

35 Durata delle prestazioni

35.1 L'indennità giornaliera assicurata viene corrisposta per una durata massima di 720 giorni nel corso di 900 giorni consecutivi. Per le persone assicurate in età oltre i 65 anni vale l'articolo 40. I periodi di differimento di 30 giorni e più sono dedotti dalla durata massima del diritto alle prestazioni.

35.2 In caso di riduzione in base all'articolo 36, si corrisponde un'indennità giornaliera ridotta in proporzione per la durata prevista nel capoverso 1. La copertura assicurativa per la capacità lavorativa residua resta garantita.

35.3 In caso di riduzione dell'indennità giornaliera ai sensi dell'articolo 37 (sovraindennizzo) la persona assicurata colpita da incapacità lavorativa ha diritto a 720 indennità giornaliere complete. I termini relativi alla concessione delle indennità giornaliere sono prolungati in funzione della riduzione.

35.4 La persona assicurata non può impedire la privazione delle prestazioni rinunciando alle prestazioni dell'assicurazione.

36 Incapacità lavorativa parziale

36.1 L'indennità giornaliera è per principio accordata per un'incapacità lavorativa parziale, attestata dal medico, di almeno il 50%, in proporzione al grado dell'incapacità lavorativa. Per un massimo di 90 giorni civili, nell'ambito del diritto ordinario alle prestazioni secondo l'articolo 35, essa è accordata a partire dal 25%; questo però soltanto a continuazione di un'incapacità lavorativa di almeno il 50%.

36.2 In caso di disoccupazione valgono le disposizioni legali.

37 Sovraindennizzo

37.1 Esiste il diritto alle indennità giornaliere soltanto nella misura in cui la persona assicurata non ne ritragga un profitto assicurativo.

37.2 Sono considerate profitto assicurativo le prestazioni che superano la copertura della perdita di guadagno della persona assicurata. Le prestazioni Indennità

giornaliera di altri assicuratori vengono computate nel rilevamento di un eventuale profitto assicurativo.

37.3 Alle persone assicurate che non sono in grado di documentare la perdita non coperta di guadagno, è accordata un'indennità giornaliera di CHF 10.– al massimo.

38 Maternità

38.1 Per la gravidanza ed il parto si corrisponde durante 16 settimane l'indennità giornaliera alla quale l'assicurata aveva diritto in virtù della copertura assicurativa per la malattia presso assicuratori di malattia riconosciuti, vigente per almeno 270 giorni prima del parto, senza interruzione superiore a 3 mesi. Almeno 8 delle 16 settimane devono situarsi dopo il parto. Il periodo di differimento convenuto viene computato alle 16 settimane.

38.2 Le prestazioni per maternità non vengono computate alla durata massima delle prestazioni.

38.3 Per le donne che cessano la loro attività lucrativa prima delle 8 settimane antecedenti il parto, l'assicurazione Indennità giornaliera esistente viene ridotta all'importo massimo secondo l'articolo 25.2.

39 Diritto all'estero

Per incapacità lavorativa all'estero, l'indennità giornaliera viene corrisposta soltanto per la durata di una degenza in un ospedale.

40 Copertura assicurativa dopo il compimento dei 65 anni d'età

40.1 La copertura assicurativa esistente al momento del compimento dei 65 anni d'età viene ridotta automaticamente a CHF 5.– al giorno. Se in quel momento la persona assicurata risulta abile al lavoro e continua a svolgere un'attività lucrativa, può, su richiesta, mantenere l'indennità giornaliera con l'ammontare precedente fino al compimento dei 70 anni d'età.

40.2 Dopo il compimento dei 65 anni d'età le indennità giornaliere assicurate vengono versate per un massimo di 180 giorni civili nel corso di 900 giorni consecutivi. Le indennità giornaliere eventualmente percepite immediatamente prima del compimento dei 65 anni d'età vengono computate se insieme superano la durata massima delle prestazioni indicata dall'articolo 35.

40.3 Dopo il compimento dei 65 anni d'età, i periodi di differimento concordati vengono ridotti ad un massimo di 30 giorni.

D DISPOSIZIONI FINALI

41 Compensazione

Né Atupri né le persone assicurate hanno il diritto di compensare le prestazioni assicurative con premi o partecipazioni ai costi loro dovuti.

42 Obbligo del segreto, protezione dei dati

42.1 Gli impiegati d'Atupri che hanno conoscenza di diagnosi, stato di salute, diritto e fruizione di prestazioni, come pure delle situazioni di reddito e sostanza delle

persone assicurate, sono soggetti all'obbligo di mantenere il segreto secondo le disposizioni di legge.

42.2 Le persone assicurate sono protette contro l'uso abusivo dei dati memorizzati che li riguardano, in virtù della legge sulla protezione dei dati (LPD).

43 Amministrazione della giustizia

43.1 Quando una persona assicurata non è d'accordo con una disposizione d'Atupri, quest'ultima emana entro 30 giorni una decisione con motivazione e con avvertimento circa i mezzi di impugnazione.

43.2 Contro la decisione si può inoltrare ricorso presso Atupri entro 30 giorni dalla sua notifica. Atupri emana quindi una decisione di ricorso motivata e avvertimento circa i mezzi di impugnazione.

43.3 Le decisioni di ricorso d'Atupri possono essere impugnate tramite ricorso da presentare entro 30 giorni presso il tribunale delle assicurazioni definito dal cantone. Il ricorso può essere presentato anche quando, nonostante la richiesta della persona interessata, Atupri non emette una decisione oppure una decisione di ricorso.

43.4 Le decisioni e le decisioni di ricorso diventano esecutive, quando non sono impugate tramite opposizione o ricorso o quando l'opposizione o il ricorso non ha carattere sospensivo.

44 Applicazione delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Per tutti gli aspetti non specialmente disciplinati da queste Condizioni generali d'assicurazione (CGA), valgono le disposizioni di legge.

INDICE

I Disposizioni generali		IV Diritti e doveri degli assicurati TelFirst	
1 Principio	9	9 Consulenza da parte del centro	10
2 Campo d'applicazione	9	10 Casi speciali ed eccezioni	10
II Rapporto d'assicurazione		11 Obbligo di avviso in caso di infortuni	10
3 Stipulazione	9	12 Visione ed elaborazione dei dati	10
4 Disdetta	9	V Disposizioni varie	
5 Cessazione di TelFirst	9	13 Protezione dei dati	10
6 Esclusione e sospensione di TelFirst	10	14 Scambio di dati	11
III Premi e partecipazione ai costi		15 Consulenza e responsabilità	11
7 Premi	10		
8 Partecipazione ai costi	10		

I Disposizioni generali

1 Principio

- 1.1 L'assicurazione TelFirst è una forma particolare dell'assicurazione di base, con scelta limitata dei fornitori di prestazioni. Essa si basa sul principio che un centro di consultazione telefonica (nel prosieguo denominato «centro») fornisca una prima consulenza medica nonché pattuisca con la persona assicurata il tipo e la durata della cura.
- 1.2 In caso di problemi di salute, gli assicurati TelFirst si dichiarano disposti a contattare il centro o a farlo contattare da terzi prima di concordare un appuntamento per il trattamento presso un fornitore di prestazioni, salvo diversamente specificato nelle presenti disposizioni. In questo modo contribuiscono a un'assistenza medica consapevole dei costi.
- 1.3 Il centro è gestito da una società indipendente da Atupri, che impiega medici e personale medico raggiungibili per una consulenza medica 24 ore su 24.
- 1.4 Le prestazioni garantite da TelFirst si orientano all'entità delle prestazioni dell'assicurazione di base, tenuto conto delle disposizioni restrittive per la fruizione delle prestazioni (articoli 9-12).

2 Campo d'applicazione

Con riserva di eventuali regole di tenore diverso contenute in tali disposizioni, si applicano le Condizioni generali di assicurazione (CGA) dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione di base) di Atupri.

II Rapporto d'assicurazione

3 Stipulazione

- 3.1 TelFirst può essere stipulata da tutte le persone assicurate che hanno un'assicurazione di base presso Atupri o che desiderano averla e che sono domiciliate in una regione in cui Atupri offre questa forma di assicurazione. La stipulazione di TelFirst avviene di principio all'inizio di un anno civile; in caso di assicurazione con franchigia ordinaria, la stipulazione può anche avvenire per il primo giorno del mese seguente.
- 3.2 Se la consulenza medica del centro non ha nessuna o soltanto un'influenza scarsa sul trattamento o se per un periodo di tempo prolungato non è possibile usufruire della consulenza, allora TelFirst non può essere stipulata. L'articolo 6.2, lettere b fino a d, vigono riguardo a ciò in analogia.

4 Disdetta

- 4.1 Osservando i termini di disdetta ai sensi degli articoli 14.1 e 14.2 delle Condizioni generali di assicurazione (CGA), il passaggio da TelFirst a un'altra forma assicurativa è possibile mediante disdetta per la fine di un anno civile.
- 4.2 Se la persona assicurata non esige il cambiamento dell'assicuratore, la disdetta comporta il passaggio alla forma assicurativa Standard.

5 Cessazione di TelFirst

- 5.1 In caso di trasferimento dal bacino di utenza di TelFirst, l'uscita da TelFirst e il passaggio alla forma assicurativa Standard hanno luogo per il primo giorno del mese successivo.
- 5.2 Invece del passaggio alla forma assicurativa Standard,

è possibile il passaggio alla forma assicurativa HMO, CareMed o FlexCare, purché queste siano disponibili per la persona assicurata in questione e sempre che questa lo desideri.

6 Esclusione e sospensione di TelFirst

- 6.1 Atupri è autorizzata a escludere da TelFirst, osservando un termine di 30 giorni per la fine di un mese civile, gli assicurati TelFirst se uno dei seguenti presupposti è adempiuto.
- 6.2 L'esclusione da TelFirst è possibile:
 - a) Nel caso di violazione degli obblighi per gli assicurati TelFirst ai sensi degli articoli 9-11.
 - b) Nel caso di soggiorno prolungato superiore a tre mesi in un ospedale per cure acute, una clinica psichiatrica o una clinica di riabilitazione.
 - c) Nel caso di soggiorni all'estero degli assicurati di oltre tre mesi.
- 6.3 L'esclusione da TelFirst comporta automaticamente il passaggio alla forma assicurativa Standard. In questo caso non sussiste nessun nuovo diritto alla stipulazione di una forma assicurativa con scelta limitata dei fornitori di prestazioni.
- 6.4 Nel caso che la collaborazione tra Atupri e il centro viene terminata, la forma assicurativa TelFirst si estingue. Questo comporta il passaggio alla forma assicurativa Standard.
- 6.5 Nelle regioni, in cui nel medesimo bacino di utenza vengono offerte CareMed, HMO o FlexCare, gli assicurati TelFirst, se rinunciano a tale forma di assicurazione, hanno la possibilità, conformemente all'articolo 6.4, di passare, entro 30 giorni dall'invito scritto di Atupri, anche a una delle suddette forme assicurative. Se gli assicurati TelFirst non esercitano il diritto di scelta entro tale termine, passano automaticamente alla forma assicurativa Standard.

III Premi e partecipazione ai costi

7 Premi

Gli assicurati TelFirst ricevono uno sconto sul premio dell'assicurazione di base. Determinante è la tariffa vigente al momento.

8 Partecipazione ai costi

- 8.1 L'addebito della franchigia e dell'aliquota percentuale per le prestazioni fornite per gli assicurati TelFirst, come pure della partecipazione ai costi di un ricovero in ospedale, avviene sulla base delle disposizioni legali dell'assicurazione di base e delle corrispondenti Condizioni di assicurazione di Atupri.
- 8.2 Gli assicurati TelFirst possono anche optare per l'assicurazione con le franchigie a scelta ai sensi degli articoli 18-20 delle Condizioni generali di assicurazione (CGA).

IV Diritti e doveri degli assicurati TelFirst

9 Consulenza da parte del centro

- 9.1 Prima di concordare un appuntamento per il trattamento presso un fornitore di prestazioni, gli assicurati TelFirst si rivolgono sempre prima al centro. Questo

consiglia gli assicurati dal punto di vista medico e concorda con loro l'iter di cura ottimale e la finestra temporale, entro la quale deve avvenire la consultazione presso un fornitore di prestazione a scelta. Se il medico curante richiede una visita di controllo di follow-up o l'invio a un altro medico o il ricovero in ospedale o in casa di cura, è necessario un nuovo colloquio telefonico con il centro. In caso di reiterate omissioni di queste prese di contatto si parla di una violazione dei doveri ai sensi dell'articolo 6.2, che può comportare le misure ivi menzionate.

- 9.2 Atupri ha il diritto di consegnare al centro una lista con i fornitori di prestazioni preferiti – in conformità all'allegato HMO o un medico CareMed in conformità all'allegato CareMed, dalla quale il centro può consigliare agli assicurati TelFirst un fornitore di prestazioni.
- 9.3 Nel caso di personale paramedico, come segnatamente i fisioterapisti, gli ergoterapisti e i logopedisti, i quali forniscono una prestazione su incarico del medico, non è necessaria nessuna previa presa di contatto con il centro.

10 Casi speciali ed eccezioni

- 10.1 Le cure di pronto soccorso sono assicurate nell'ambito della forma assicurativa Standard e devono essere comunicate al centro al più presto, al più tardi tuttavia entro 20 giorni.
- 10.2 Sempre per la prima visita ginecologica preventiva od oculistica per ogni anno civile non è necessario nessun previo contatto con il centro.
- 10.3 Prima di un ricovero in ospedale deve essere contattato il centro. Le dimissioni da un ospedale devono essere comunicate al centro il più presto possibile, al più tardi tuttavia entro 20 giorni.

11 Obbligo di avviso in caso di infortuni

Gli assicurati TelFirst devono informare il centro e il loro medico riguardo agli infortuni e alle loro cure, anche se questi sono coperti da un'assicurazione contro gli infortuni.

12 Visione ed elaborazione dei dati

Con la stipulazione di TelFirst, gli assicurati TelFirst si dichiarano d'accordo con la visione e l'elaborazione dei loro dati in conformità agli articoli 14 e 15.1.

V Disposizioni varie

13 Protezione dei dati

- 13.1 La società che gestisce il centro rispetta le disposizioni in materia della protezione dei dati della LAMal, della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) e della legge federale sulla protezione dei dati (LPD).
- 13.2 Atupri garantisce il trattamento coscienzioso dei dati trattati in relazione a TelFirst. Nel quadro delle disposizioni della LPD, le persone assicurate sono protette contro l'uso illecito dei dati che le riguardano.

14 Scambio di dati

- 14.1 Per identificare le persone assicurate, il centro riceve dall'assicuratore l'accesso ai dati personali aggiornati degli assicurati. Questi dati comprendono il numero di assicurato, il cognome, il nome, la data di nascita, il sesso e l'indirizzo nonché la relativa coperta assicurativa. Per la valutazione, l'assicuratore può mettere a disposizione del centro le fatture di fornitori di prestazioni degli assicurati.
- 14.2 Il centro mette a disposizione dell'assicuratore i dati necessari per stabilire la prestazione, segnatamente la data della telefonata e la finestra temporale per la consultazione presso il fornitore di prestazione. In questa occasione non viene trasmesso alcun dato personale medico o di altro genere particolarmente degno di protezione ai sensi della LPD. Inoltre il centro è sottoposto all'obbligo di segretezza dell'articolo 33 LPGA.
- 14.3 Con l'adesione alla forma assicurativa TelFirst, la persona assicurata dichiara di acconsentire al trattamento dei dati descritto nel presente allegato.

15 Consulenza e responsabilità

- 15.1 Per gli assicurati TelFirst la consulenza fornita dal centro è gratuita; essi pagano soltanto eventuali tariffe telefoniche o internet del proprio prestatore di servizi di telecomunicazioni. Il centro registra e archivia le telefonate.
- 15.2 Unico responsabile per le consulenze e le informazioni fornite è il centro.

INDICE

I Disposizioni generali		IV Diritti e doveri degli assicurati HMO	
1 Principio	12	9 Assistenza e trattamento da parte del medico coordinante	13
2 Campo di applicazione	12	10 Trattamenti di pronto soccorso	14
II Rapporto d'assicurazione		11 Trattamenti presso medici specialisti	14
3 Stipulazione	12	12 Assistenza ginecologica / trattamento	14
4 Disdetta	13	13 Ricovero ospedaliero	14
5 Nuova scelta del medico o conclusione della forma assicurativa	13	14 Cure balneari e di convalescenza	14
6 Esclusione e sospensione della forma assicurativa HMO	13	15 Obbligo di avviso in caso di infortunio	14
III Premi e partecipazione ai costi		16 Cambio del medico coordinante	14
7 Premi	13	V Disposizioni varie	
8 Partecipazione ai costi	13	17 Protezione dei dati	14
		18 Trattamento dei dati	14

I Disposizioni generali

1 Principio

- 1.1 L'assicurazione HMO è una forma particolare dell'assicurazione di base, con scelta limitata dei fornitori di prestazioni.
- 1.2 In questo contesto l'assistenza di base ai sensi di una completa assistenza coordinata, di consulenza e di trattamento viene erogata dal medico scelto di una rete di medici o dal medico dell'ambulatorio di gruppo (nel prosieguo denominato «medico coordinante»).
- 1.3 Gli assicurati HMO si dichiarano disposti a fare effettuare tutti i trattamenti e tutte le visite per principio dal medico coordinante scelto o da farsi inviare da questo da terzi. Essi contribuiscono in tal modo a un'assistenza medica capace di sostenere i costi.
- 1.4 La base di queste prestazioni è costituita da un contratto di collaborazione tra Atupri e la rete di medici o il centro salute HMO, concordando il finanziamento mediante forfait per paziente (capitation) o con responsabilità di budget. Atupri può trasferire la stipulazione e la cura di tali contratti a un terzo (ad es. a un'organizzazione aziendale specializzata in materia).
- 1.5 Le prestazioni garantite dalla forma assicurativa HMO si orientano all'entità delle prestazioni dell'assicurazione di base, tenuto conto delle disposizioni restrittive per la fruizione delle prestazioni (articoli 9-16).
- 1.6 L'offerta di prestazioni HMO dipende dalla disponibilità dei medici a instaurare un rapporto di collaborazione conformemente all'articolo 1.4 e dalla loro capacità di accettare nuovi pazienti. Non sussiste un diritto del proponente a ricevere una tale offerta e quindi alla stipulazione dell'assicurazione HMO.

2 Campo di applicazione

Con riserva di eventuali regole di tenore diverso contenute in tali disposizioni, si applicano le Condizioni generali di assicurazione (CGA) dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione di base) di Atupri.

II Rapporto d'assicurazione

3 Stipulazione

- 3.1 La forma assicurativa HMO può essere stipulata da tutte le persone assicurate che hanno un'assicurazione di base presso Atupri o che desiderano averla e che sono domiciliate in una regione in cui Atupri offre questa forma di assicurazione. Viene inoltre mantenuto l'articolo 1.6. La stipulazione di HMO avviene di principio all'inizio di un anno civile; in caso di assicurazione con franchigia ordinaria, la stipulazione può anche avvenire per il primo giorno del mese seguente.
- 3.2 Al momento della stipulazione dell'assicurazione HMO gli assicurati scelgono, sempre che sussista una tale possibilità, il proprio medico coordinante. A tale riguardo si accertano che il medico scelto non si rifiuti di accettare nuovi pazienti per ragioni di capacità. Conformemente all'articolo 16 è possibile passare a un altro medico coordinante in un secondo tempo.
- 3.3 Nei seguenti casi la stipulazione della forma assicurativa HMO non è possibile:
 - il medico coordinante non può esercitare nessuna influenza o soltanto scarsa sul trattamento. L'articolo 6.2, lettere b fino a d, vigono riguardo a ciò in analogia;
 - per le visite a domicilio la distanza tra il domicilio del paziente e l'ambulatorio del medico coordinante è inadeguata.

- 3.4 Le persone assicurate che rientrano nell'offerta HMO di Atupri in qualità di medico coordinatore sono tenute, ai sensi del cpv. 2, a scegliere un altro medico coordinatore per sé e per i propri familiari che vivono nella stessa economia domestica.

4 Disdetta

- 4.1 Il passaggio da HMO in un'altra forma assicurativa è possibile, osservando i termini di disdetta in conformità agli articoli 14.1 e 14.2 delle Condizioni generali di assicurazione (CGA) per la fine di un anno civile mediante disdetta.
- 4.2 Se la persona assicurata non esige il cambiamento dell'assicuratore, la disdetta comporta il passaggio alla forma assicurativa Standard.

5 Nuova scelta del medico o conclusione della forma assicurativa

- 5.1 In caso di trasferimento dal bacino di utenza HMO, l'uscita dalla forma assicurativa HMO e il passaggio alla forma assicurativa Standard hanno luogo per il primo giorno del mese successivo.
- 5.2 Se il medico coordinante scelto disdice il rapporto contrattuale con gli assicurati HMO come pazienti o esce dal sistema sanitario HMO, gli assicurati HMO possono, entro 30 giorni dall'invito scritto di Atupri, designare come medico di famiglia un nuovo medico coordinante oppure passare alla forma assicurativa Standard. Se gli assicurati HMO non esercitano il diritto di scelta entro tale termine, passano automaticamente alla forma assicurativa Standard. In caso di passaggio del medico CareMed a un sistema sanitario HMO, si applica l'articolo 6.6 appendice CareMed.
- 5.3 Invece del passaggio alla forma assicurativa Standard, è possibile il passaggio alla forma assicurativa CareMed, TelFirst o FlexCare, purché queste siano disponibili per la persona assicurata in questione e sempre che questa lo desideri.

6 Esclusione e sospensione della forma assicurativa HMO

- 6.1 Se è adempiuto uno dei seguenti presupposti, Atupri è autorizzata a escludere dalla forma assicurativa HMO, osservando un termine di 30 giorni per la fine di un mese civile, gli assicurati HMO.
- 6.2 L'esclusione dalla forma assicurativa HMO è possibile:
- Nel caso di violazione degli obblighi per gli assicurati HMO ai sensi degli articoli 9-15.
 - Nel caso di soggiorno degli assicurati HMO in una casa di cura o nel reparto di cure di una casa per anziani o nel reparto per malati cronici di un ospedale per cure acute.
 - Nel caso di un ricovero prolungato superiore a tre mesi in un ospedale per cure acute, una clinica psichiatrica o una clinica di riabilitazione.
 - Nel caso di soggiorni all'estero degli assicurati HMO superiori a tre mesi.
 - In tutti gli altri casi, nei quali il medico coordinante non può esercitare nessuna influenza o soltanto in

modo insufficiente sulla cura.

- f) Nel caso di reiterato cambiamento immotivato del medico coordinante (articolo 16.2).
- 6.3 L'esclusione dalla forma assicurativa HMO comporta automaticamente il passaggio alla forma assicurativa Standard. In tal caso non sussiste alcun nuovo diritto a stipulare una forma assicurativa con scelta limitata dei fornitori di prestazioni.
- 6.4 Se la forma assicurativa HMO viene abolita, ciò comporta il passaggio alla forma assicurativa Standard.
- 6.5 Nelle regioni, in cui nel medesimo bacino di utenza vengono offerte le forme assicurative CareMed, TelFirst o FlexCare, in caso di abolizione della forma assicurativa HMO gli assicurati HMO possono, conformemente all'articolo 6.4, entro il termine di 30 giorni dall'invito scritto di Atupri, passare anche a una di queste forme assicurative. Se gli assicurati HMO non esercitano il diritto di scelta entro tale termine, passano automaticamente alla forma assicurativa Standard.

III Premi e partecipazione ai costi

7 Premi

Gli assicurati HMO ricevono uno sconto sul premio dell'assicurazione di base. Determinante è la tariffa vigente al momento.

8 Partecipazione ai costi

- 8.1 L'addebito della franchigia e dell'aliquota percentuale per le prestazioni fornite per gli assicurati HMO, come pure della partecipazione ai costi di un ricovero in ospedale, avviene sulla base delle disposizioni legali dell'assicurazione di base e delle corrispondenti condizioni di assicurazione di Atupri.
- 8.2 Gli assicurati HMO possono anche optare per l'assicurazione con le franchigie a scelta ai sensi degli articoli 18-20 delle Condizioni generali di assicurazione (CGA).

IV Diritti e doveri degli assicurati HMO

9 Assistenza e trattamento da parte del medico coordinante

- 9.1 Per ogni trattamento gli assicurati HMO si rivolgono sempre in primo luogo al loro medico coordinante oppure al suo sostituto, eccetto che in casi di emergenza in conformità all'articolo 10.
- 9.2 Le eccezioni a questa limitazione sono:
- esami ginecologici preventivi e assistenza al parto ai sensi dell'articolo 12
 - una visita annuale presso l'oculista per la prescrizione di occhiali o di lenti a contatto
 - trattamenti odontoiatrici
- Se necessario, il medico coordinante predispone il trattamento e la cura idonea da parte di altri medici, di personale paramedico o in ospedale.
- 9.3 Se il medico coordinante è assente, gli assicurati HMO si rivolgono al suo sostituto. In caso di assenza prolungata del medico coordinante, gli assicurati HMO possono scegliere se per la durata di tale assenza preferiscono rivolgersi a un altro medico co-

ordinante o passare alla forma assicurativa Standard.

9.4 Se al di fuori di una situazione di pronto soccorso gli assicurati HMO fanno ricorso direttamente a trattamenti ambulatoriali o stazionari senza previa disposizione del loro medico coordinante, ne sostengono tutti i relativi costi.

9.5 Gli assicurati HMO devono informare il fornitore di prestazioni che consultano al di fuori della rete dei medici risp. del centro salute HMO, di avere stipulato l'assicurazione HMO.

10 Trattamenti di pronto soccorso

10.1 In un caso di emergenza gli assicurati HMO si rivolgono al loro medico coordinante. Se questo non è raggiungibile, si rivolgono al suo sostituto o all'organizzazione di pronto soccorso regionale del luogo di domicilio, eventualmente del luogo di soggiorno.

10.2 Se in seguito a un'emergenza si rende necessario un ricovero in ospedale oppure un trattamento da parte del medico del pronto soccorso, gli assicurati HMO hanno il dovere di informare o di fare informare al più presto il medico coordinante e di presentare un certificato del medico del pronto soccorso.

11 Trattamenti presso medici specialistici

Se gli assicurati HMO vengono inviati dal loro medico coordinante a consulto da un medico specialista e se questo consiglia agli assicurati HMO un ulteriore trattamento oppure un intervento chirurgico, gli assicurati HMO sono tenuti a informare o a fare informare anticipatamente il loro medico coordinante e a richiedere il suo consenso.

12 Assistenza ginecologica / trattamento

12.1 Visite preventive ginecologiche e assistenza al parto possono avvenire a libera scelta degli assicurati HMO, se il medico coordinante non è associato a un ambulatorio di gruppo HMO, che occupa una ginecologa.

12.2 Per tutti gli altri trattamenti ginecologici l'assicurata HMO è obbligata ad anticipatamente informare o a fare informare in proposito il suo medico coordinante e di chiedere il suo consenso.

13 Ricovero ospedaliero

I ricoveri in ospedali devono avvenire tramite il medico coordinante oppure con il suo consenso (ad eccezione dei casi di emergenza in conformità all'articolo 10). Il medico coordinante accerta la necessità della degenza ospedaliera e prescrive il ricovero in ospedale dell'assicurato HMO.

14 Cure balneari e di convalescenza

Le prescrizioni di cure balneari e di convalescenza devono avvenire dal medico coordinante o con il suo consenso, se si fa valere il diritto alla prestazione assicurativa.

15 Obbligo di avviso in caso di infortunio

Gli assicurati HMO devono informare il loro medico coordinante in merito agli infortuni e alle loro cure, anche quando questi sono coperti da un'assicurazione contro gli infortuni.

16 Cambio del medico coordinante

16.1 Se necessario, in casi giustificati gli assicurati HMO possono cambiare il medico coordinante per il primo del mese successivo. Essi lo comunicano ad Atupri e al medico coordinante di finora.

16.2 Nel caso di reiterato cambiamento ingiustificato di medico, Atupri si riserva il diritto, osservando un termine di 30 giorni per la fine di un mese civile, di escludere gli assicurati HMO dalla forma assicurativa HMO. Questo comporta automaticamente il passaggio alla forma assicurativa Standard.

V Disposizioni varie

17 Protezione dei dati

Nella forma di assicurazione HMO la protezione dei dati è garantita. Per questa particolare forma di assicurazione Atupri e il medico coordinante devono scambiarsi i dati necessari. Pertanto possono prendere reciprocamente visione di tutte le fatture ricevute. Tali dati vengono analizzati nel quadro della forma di assicurazione HMO. Atupri può assegnare tale incarico a un terzo specializzato, a condizione che questi si impegni a rispettare le norme sulla protezione dei dati.

18 Trattamento dei dati

Con la stipulazione della forma assicurativa HMO, gli assicurati HMO acconsentono a permettere al proprio medico coordinatore e ad Atupri di consultare tutti i dati relativi ai trattamenti e alle fatture dell'assistenza medica nella misura necessaria per la gestione dell'assicurazione HMO e in particolare per la verifica del rispetto degli obblighi da parte delle persone assicurate. Nel passaggio a un altro medico coordinatore acconsentono alla trasmissione delle informazioni a quest'ultimo ed esonerano il medico coordinatore precedente dal segreto professionale.

INDICE

I Disposizioni generali		IV Diritti e obblighi degli assicurati CareMed	
1 Principio	15	9 Assistenza sanitaria / cure mediche prodigate dal medico CareMed	16
2 Campo d'applicazione	15	10 Trattamento di pronto soccorso	17
II Rapporto d'assicurazione		11 Trattamenti presso medici specialisti	17
3 Stipulazione	15	12 Cura e trattamento ginecologico	17
4 Disdetta	16	13 Ricovero ospedaliero	17
5 Nuova scelta del medico o cessazione di CareMed	16	14 Cure balneari e di convalescenza	17
6 Esclusione e sospensione di CareMed	16	15 Obbligo di avviso in caso di infortunio	17
		16 Cambio del medico CareMed	17
III Premi e partecipazione ai costi		V Disposizioni varie	
7 Premi	16	17 Protezione dei dati	17
8 Partecipazione ai costi	16	18 Trattamento dei dati	17

I Disposizioni generali

1 Principio

- 1.1 L'assicurazione CareMed è una forma particolare dell'assicurazione di base, con scelta limitata dei fornitori di prestazioni. Essa si basa sul principio del medico di famiglia, in quanto il medico di famiglia scelto dall'assicurato CareMed assicura tutta l'assistenza e la consulenza sanitaria necessarie per l'insieme delle questioni attinenti alla salute dell'assicurato CareMed.
- 1.2 Gli assicurati CareMed si dichiarano disposti a far effettuare le visite e le terapie prescritte per principio dal medico CareMed oppure ad affidarsi a terzi per disposizione di detto medico. In questo modo contribuiscono a un'assistenza medica capace di contenere i costi.
- 1.3 La base di queste prestazioni formano accordi quadro tra Atupri e organizzazioni di medici, nei quali sono fissati i diritti e i doveri reciproci nonché eventuali tipi di finanziamento. Atupri può trasferire a un terzo (ad es. ad un'organizzazione aziendale specializzata in merito) la conclusione e la cura di tali accordi.
- 1.4 Le prestazioni garantite da CareMed si orientano all'entità delle prestazioni dell'assicurazione di base, tenuto conto delle disposizioni restrittive per la fruizione delle prestazioni (articoli 9-16).
- 1.5 L'offerta di prestazioni CareMed dipende dalla disponibilità dei medici a instaurare un rapporto di collaborazione conformemente all'articolo 1.3 e dalla loro capacità di accettare nuovi pazienti. Non sussiste un diritto del proponente a ricevere una tale offerta e quindi alla stipulazione dell'assicurazione CareMed.

2 Campo d'applicazione

Con riserva di eventuali regole di tenore diverso contenute in tali disposizioni, si applicano le Condizioni generali di assicurazione (CGA) dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione di base) di Atupri.

II Rapporto d'assicurazione

3 Stipulazione

- 3.1 CareMed può essere stipulata da tutte le persone assicurate che hanno un'assicurazione di base presso Atupri o che desiderano averla e che sono domiciliate in una regione in cui Atupri offre questa forma di assicurazione. Viene inoltre mantenuto l'articolo 1.5. La stipulazione di CareMed avviene di principio all'inizio di un anno civile; in caso di assicurazione con franchigia ordinaria, la stipulazione può anche avvenire per il primo giorno del mese seguente.
- 3.2 Al momento della stipulazione della CareMed, gli assicurati CareMed designano quale loro medico di famiglia uno dei medici CareMed affiliati della regione. A tale riguardo si accertano che il medico scelto non si rifiuti di accettare nuovi pazienti per ragioni di capacità. È possibile, in seguito, cambiare il medico di famiglia e designarne uno nuovo nel novero dei medici CareMed affiliati (articolo 16).
- 3.3 Nei seguenti casi non è possibile stipulare CareMed:
 - il medico CareMed non può esercitare nessuna influenza o soltanto scarsa sul trattamento. L'articolo 6.2, lettere b fino a d vigono riguardo a ciò in analogia;

– per le visite a domicilio la distanza tra il domicilio del paziente e l'ambulatorio del medico CareMed è inadeguata.

- 3.4 Le persone assicurate che rientrano nell'offerta di Atupri in qualità di medico CareMed sono tenute, ai sensi del cpv. 2, a scegliere un altro medico CareMed per sé e per i propri familiari che vivono nella stessa economia domestica.

4 Disdetta

- 4.1 Il passaggio da CareMed in un'altra forma assicurativa è possibile osservando i termini di disdetta in conformità agli articoli 14.1 e 14.2 delle Condizioni generali di assicurazione (CGA) per la fine di un anno civile mediante disdetta.
- 4.2 Se la persona assicurata non esige il cambiamento dell'assicuratore, la disdetta comporta il passaggio alla forma assicurativa Standard.

5 Nuova scelta del medico o cessazione di CareMed

- 5.1 In caso di trasferimento dal bacino di utenza CareMed, l'uscita dalla forma assicurativa CareMed e il passaggio alla forma assicurativa Standard hanno luogo per il primo giorno del mese successivo.
- 5.2 Se il medico CareMed designato disdice il rapporto contrattuale con gli assicurati CareMed come pazienti o esce dal sistema sanitario CareMed, gli assicurati CareMed possono, entro 30 giorni dall'invito scritto di Atupri, designare come medico di famiglia un nuovo medico CareMed oppure passare alla forma assicurativa Standard. Se gli assicurati CareMed non esercitano il diritto di scelta entro tale termine, passano automaticamente alla forma assicurativa Standard. Nel caso di un passaggio del medico CareMed in un sistema di assistenza HMO vige l'articolo 6.6.
- 5.3 Al posto del passaggio alla forma assicurativa Standard, è possibile passare alla forma assicurativa TelFirst, HMO o FlexCare, purché queste siano disponibili per la persona assicurata in questione e sempre che questa lo desideri.

6 Esclusione e sospensione di CareMed

- 6.1 Se è adempiuto uno dei seguenti presupposti, Atupri è autorizzata a escludere dalla CareMed, osservando un termine di 30 giorni per la fine di un mese civile, gli assicurati CareMed.
- 6.2 L'esclusione dalla CareMed è possibile:
- Nel caso di violazione degli obblighi per assicurati CareMed ai sensi degli articoli 9-15.
 - Nel caso di soggiorno degli assicurati CareMed in una casa di cura o nel reparto di cure di una casa per anziani o nel reparto per malati cronici di un ospedale per cure acute.
 - Nel caso di un ricovero prolungato superiore a tre mesi in un ospedale per cure acute, in una clinica psichiatrica o in una clinica di riabilitazione.
 - Nel caso di soggiorni all'estero degli assicurati CareMed superiori a tre mesi.

e) In tutti gli altri casi, nei quali il medico CareMed non può esercitare nessuna influenza o soltanto in modo scarso sulla cura.

f) Nel caso del reiterato cambiamento immotivato del medico CareMed (articolo 16.2).

- 6.3 L'esclusione da CareMed comporta il passaggio nella forma assicurativa Standard. In questo caso non sussiste nessun nuovo diritto alla stipulazione di una forma assicurativa con scelta limitata dei fornitori di prestazioni.
- 6.4 Se la forma assicurativa CareMed viene abolita, ciò comporta il passaggio alla forma assicurativa Standard.
- 6.5 Nelle regioni, nel cui stesso bacino di utenza sono offerte le forme assicurative HMO, TelFirst o FlexCare, gli assicurati CareMed possono, nel caso della sospensione di CareMed, passare ai sensi dell'articolo 6.4 entro il termine di 30 giorni dopo la richiesta scritta d'Atupri, anche in una di queste forme assicurative. Se gli assicurati CareMed non esercitano il diritto di scelta entro tale termine, passano automaticamente alla forma assicurativa Standard.
- 6.6 Nel caso di assegnazione del medico CareMed scelto nella forma assicurativa HMO in base a nuovi accordi contrattuali, il passaggio degli assicurati affiliati nella forma assicurativa HMO avviene automaticamente, a condizione che venga concesso uno sconto sul premio della stessa entità di quello concesso finora. Gli assicurati in questione hanno il diritto, entro 30 giorni dal cambiamento di forma assicurativa, di chiedere il passaggio alla forma assicurativa Standard, TelFirst o FlexCare, o di designare come medico CareMed un altro medico di famiglia nella forma CareMed.

III Premi e partecipazione ai costi

7 Premi

Gli assicurati CareMed ricevono uno sconto sul premio dell'assicurazione di base. Determinante è la tariffa vigente al momento.

8 Partecipazione ai costi

- 8.1 L'addebito della franchigia e dell'importo a carico dell'assicurato per le prestazioni fornite agli assicurati CareMed nonché della partecipazione ai costi in caso di degenza ospedaliera è eseguito in base alle disposizioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e alle relative condizioni di assicurazione d'Atupri.
- 8.2 Gli assicurati CareMed possono anche optare per l'assicurazione con le franchigie a scelta ai sensi degli articoli 18-20 delle Condizioni generali di assicurazione (CGA).

IV Diritti e obblighi degli assicurati CareMed

9 Assistenza sanitaria/cure mediche prodigate dal medico CareMed

- 9.1 Per ogni trattamento gli assicurati CareMed si rivolgono sempre prima al loro medico CareMed, eccetto in casi di emergenza ai sensi dell'articolo 10.

- 9.2 Le eccezioni a questa limitazione sono:
- esami ginecologici preventivi e assistenza al parto ai sensi dell'articolo 12
 - una visita annuale presso l'oculista per la prescrizione di occhiali o di lenti a contatto
 - trattamenti odontoiatrici

Se necessario, il medico CareMed predispone il trattamento e la cura idonei da parte di altri medici, personale paramedico o in ospedale.

- 9.3 In assenza del medico CareMed, gli assicurati CareMed si rivolgono al suo sostituto. In caso di assenza prolungata del medico CareMed designato come medico di famiglia, gli assicurati CareMed possono scegliere se per la durata dell'assenza intendono avvalersi di un altro medico CareMed regionale come medico di famiglia oppure di passare alla forma assicurativa Standard.
- 9.4 Se al di fuori di una situazione di pronto soccorso gli assicurati CareMed ricorrono direttamente a trattamenti ambulatoriali o stazionari senza previa disposizione da parte del loro medico CareMed, ne sostengono tutti i relativi costi.
- 9.5 Gli assicurati CareMed devono informare i fornitori di prestazioni che consultano al di fuori dal sistema del medico di famiglia CareMed di avere stipulato l'assicurazione CareMed.

10 Trattamenti di pronto soccorso

- 10.1 In un caso di emergenza gli assicurati CareMed si rivolgono al loro medico CareMed. Se questo non è raggiungibile, si rivolgono al suo sostituto o all'organizzazione di pronto soccorso regionale del luogo di domicilio, eventualmente del luogo di soggiorno.
- 10.2 Se in seguito a un'emergenza si rende necessario un ricovero in ospedale oppure un trattamento da parte del medico del pronto soccorso, gli assicurati CareMed hanno il dovere di informare o di fare informare al più presto il loro medico CareMed e di presentare un certificato del pronto soccorso.

11 Trattamenti presso medici specialisti

Se gli assicurati CareMed vengono inviati dal loro medico CareMed a consulto da un medico specialista e se questo consiglia agli assicurati CareMed un ulteriore trattamento oppure un intervento chirurgico, gli assicurati CareMed sono tenuti a informare o a far informare anticipatamente il loro medico CareMed e a richiedere il suo consenso.

12 Cura e trattamento ginecologico

- 12.1 L'assicurata CareMed può scegliere liberamente il medico a cui rivolgersi per i controlli ginecologici preventivi e per l'assistenza al parto.
- 12.2 Per tutti gli altri trattamenti ginecologici l'assicurata CareMed è tenuta a informare o a fare informare anticipatamente il suo medico CareMed e a richiedere il suo consenso.

13 Ricovero ospedaliero

I ricoveri in ospedale devono avvenire tramite il medi-

co CareMed oppure con il suo consenso (ad eccezione dei casi di emergenza in conformità all'articolo 10). Questo accerta la necessità della degenza ospedaliera e prescrive il ricovero in ospedale degli assicurati CareMed.

14 Cure balneari e di convalescenza

Le prescrizioni di cure balneari e di convalescenza devono avvenire dal medico CareMed o con il suo consenso, se si fa valere il diritto alla prestazione assicurativa.

15 Obbligo di avviso in caso di infortunio

Gli assicurati CareMed devono informare il loro medico CareMed in merito agli infortuni e alle loro cure, anche quando questi sono coperti da un'assicurazione contro gli infortuni.

16 Cambio del medico CareMed

- 16.1 Se necessario, in casi giustificati, gli assicurati CareMed possono cambiare il loro medico CareMed per il primo del mese successivo. Essi lo comunicano ad Atupri e al loro medico CareMed di finora.
- 16.2 In caso di reiterato cambiamento ingiustificato del medico, Atupri si riserva il diritto, previa osservazione di un termine di 30 giorni per la fine di un mese civile, di escludere gli assicurati CareMed dalla CareMed. Questo comporta automaticamente il passaggio alla forma assicurativa Standard.

V Disposizioni varie

17 Protezione dei dati

Nel sistema del medico di famiglia CareMed la protezione dei dati è garantita. Atupri è tenuta a fornire al medico CareMed i dati necessari per poter attuare l'assicurazione medico di famiglia. Il medico CareMed può visionare tutte le fatture pervenute ad Atupri. Tali dati vengono analizzati nel quadro del sistema del medico di famiglia. Atupri può assegnare tale incarico a un terzo specializzato, a condizione che questi si impegni a rispettare le norme sulla protezione dei dati.

18 Trattamento dei dati

Stipulando CareMed, gli assicurati CareMed acconsentono a permettere al proprio medico CareMed e ad Atupri di consultare i dati necessari dei trattamenti e delle fatture relativi all'assistenza medica, nella misura necessaria per la gestione dell'assicurazione CareMed e in particolare per la verifica del rispetto degli obblighi delle persone assicurate. Nel passaggio ad un altro medico CareMed, acconsentono alla trasmissione delle informazioni a quest'ultimo ed esonerano il medico CareMed precedente dal segreto professionale.

INDICE

I Disposizioni generali		IV Diritti e doveri degli assicurati FlexCare	
1 Principio	18	10 Consulenza e trattamento da parte del centro	19
2 Ambito di applicazione	18	11 Casi speciali ed eccezioni	20
II Rapporto assicurativo		12 Obbligo di avviso in caso di infortunio	20
3 Stipulazione	18	13 Visione ed elaborazione dati	20
4 Disdetta	19	V Disposizioni varie	
5 Cessazione di FlexCare	19	14 Protezione dati	20
6 Esclusione da FlexCare	19	15 Scambio dati	20
7 Sospensione di FlexCare	19	16 Consulenza e responsabilità	20
III Premi e partecipazione ai costi			
8 Premi	19		
9 Partecipazione ai costi	19		

I Disposizioni generali

1 Principio

- 1.1 L'assicurazione FlexCare è una forma particolare dell'assicurazione di base, con scelta limitata dei fornitori di prestazioni. Si basa sul principio di intraprendere una prima consulenza medica, rispettivamente un primo trattamento medico, e, se necessario, di concordare con l'assicurato un piano di trattamento.
- 1.2 Le consultazioni sono fornite da un centro di telemedicina oppure – a seconda dell'offerta presso il luogo di domicilio della persona assicurata – personalmente direttamente in centri per la salute (entrambi denominati di seguito «centro»).
- 1.3 Gli assicurati FlexCare si dichiarano disposti ad avvalersi di una consulenza medica da parte del centro per ogni questione medico-sanitaria. Il centro discute con l'assicurato FlexCare le ulteriori procedure di trattamento e determina un piano di trattamento individuale. Questo piano di trattamento individuale è vincolante per l'assicurato. Gli assicurati FlexCare contribuiscono in tal modo a un'assistenza medica capace di sostenere i costi.
- 1.4 Il centro è gestito da una società indipendente da Atupri che occupa medici e personale paramedico. Queste persone sono raggiungibili telefonicamente per una consulenza medica senza restrizioni temporali.
- 1.5 La scelta dei medici specialisti necessari al piano di trattamento è limitata alla rete di partner convenzionati con la società, a meno che sia necessario l'intervento di medici al di fuori di questa rete per motivi medici.
- 1.6 Le prestazioni garantite da FlexCare si orientano

all'entità delle prestazioni dell'assicurazione di base, tenuto conto delle disposizioni restrittive per la fruizione delle prestazioni (articoli 9-16).

2 Ambito di applicazione

- 2.1 Con riserva di eventuali regole di tenore diverso contenute in tali disposizioni, si applicano le Condizioni generali di assicurazione (CGA) dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione di base) di Atupri.
- 2.2 Atupri determina gli ambiti in cui la forma di assicurazione FlexCare viene offerta. Questi ambiti sono definiti dalle regioni di premi secondo l'articolo 61 capoverso 2bis LAMal e limitati ulteriormente nella tariffa dei premi.

II Rapporto assicurativo

3 Stipulazione

- 3.1 FlexCare può essere stipulata da tutte le persone assicurate che hanno un'assicurazione di base presso Atupri o che desiderano averla e che sono domiciliate in una regione in cui Atupri offre questa forma di assicurazione. La stipulazione di FlexCare avviene di principio all'inizio di un anno civile; in caso di assicurazione con franchigia ordinaria, la stipulazione può anche avvenire per il primo giorno del mese seguente.
- 3.2 Se il monitoraggio e la coordinazione del trattamento medico non possono essere effettuati da parte del centro, non è possibile stipulare FlexCare.
- 3.3 Non si può nemmeno stipulare FlexCare nel caso in cui la fruizione di una consulenza non sia possibile per più di tre mesi a partire dall'inizio dell'assicurazione.

4 Disdetta

- 4.1 Osservando i termini di disdetta ai sensi degli articoli 14.1 e 14.2 delle Condizioni generali di assicurazione (CGA), il passaggio da FlexCare a un'altra forma assicurativa è possibile mediante disdetta per la fine di un anno civile.
- 4.2 Se la persona assicurata non esige il cambiamento dell'assicuratore, la disdetta comporta il passaggio alla forma assicurativa Standard.

5 Cessazione di FlexCare

- 5.1 In caso di trasferimento dal bacino di utenza di FlexCare, l'uscita da FlexCare e il passaggio alla forma assicurativa Standard hanno luogo per il primo giorno del mese successivo.
- 5.2 Se l'offerta di FlexCare – in quanto tale o in un determinato bacino di utenza – viene abolita, gli assicurati FlexCare possono passare alla forma assicurativa Tel-First oppure alle forme assicurative HMO o CareMed entro 30 giorni, purché queste ultime siano offerte per le persone assicurate in questione. Se gli assicurati FlexCare non esercitano il diritto di scelta entro tale termine, passano automaticamente alla forma assicurativa Standard.

6 Esclusione da FlexCare

- 6.1 Atupri è autorizzata a escludere da FlexCare un assicurato FlexCare, osservando un termine di 30 giorni per la fine di un mese civile, se uno dei seguenti presupposti è adempiuto.
- 6.2 L'esclusione da FlexCare è possibile:
- a) a partire dalla prima violazione degli obblighi per gli assicurati FlexCare secondo gli articoli 10 e 11;
 - b) nel caso di soggiorno degli assicurati FlexCare in una casa di cura o nel reparto di cure di una casa per anziani o nel reparto per malati cronici di un ospedale per cure acute;
 - c) nel caso di un ricovero prolungato superiore a tre mesi in un ospedale per cure acute, una clinica psichiatrica o una clinica di riabilitazione;
 - d) nel caso di soggiorni all'estero degli assicurati FlexCare superiori a tre mesi.
- 6.3 Come presupposto per l'esclusione secondo l'articolo 6.2, lett. b e c, vale analogamente l'articolo 3.2.
- 6.4 L'esclusione da FlexCare comporta automaticamente il passaggio alla forma assicurativa Standard. Una nuova stipulazione di una forma assicurativa con scelta limitata dei fornitori di prestazioni dopo un'esclusione non è possibile per l'anno civile corrente e seguente.

7 Sospensione di FlexCare

- 7.1 Se la collaborazione tra Atupri e il centro viene terminata, la forma di assicurazione FlexCare cessa. Questo comporta il passaggio alla forma assicurativa Standard.
- 7.2 Nelle regioni, nelle quali nello stesso bacino di utenza sono offerte TelFirst, CareMed o HMO, gli assicurati FlexCare possono anche passare a una di queste forme assicurative nel caso di sospensione di FlexCare,

ai sensi dell'articolo 7.1 entro il termine di 30 giorni dalla richiesta scritta di Atupri. Se gli assicurati FlexCare non esercitano il diritto di scelta entro tale termine, passano automaticamente alla forma assicurativa Standard.

III Premi e partecipazione ai costi

8 Premi

Gli assicurati FlexCare ricevono uno sconto sul premio dell'assicurazione di base. Determinante è la tariffa vigente al momento.

9 Partecipazione ai costi

- 9.1 L'addebito della franchigia e dell'aliquota percentuale per le prestazioni fornite per gli assicurati FlexCare, come pure della partecipazione ai costi di un ricovero in ospedale, avviene sulla base delle disposizioni legali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione di base) e delle corrispondenti condizioni di assicurazione di Atupri.
- 9.2 Gli assicurati FlexCare possono anche optare per l'assicurazione con le franchigie a scelta ai sensi degli articoli 18-20 delle Condizioni generali di assicurazione (CGA).

IV Diritti e doveri degli assicurati FlexCare

10 Consulenza e trattamento da parte del centro

- 10.1 Prima di fruire di qualsiasi prestazione o trattamento medico-sanitari che non facciano già parte di un piano di trattamento sussistente, gli assicurati FlexCare si rivolgono dapprima al centro. Il centro procede a una consulenza medica dell'assicurato e determina con lui un piano di trattamento che comprende la durata prevista del trattamento, i provvedimenti, i farmaci prescritti, i controlli di follow-up ed eventuali altri fornitori di prestazioni necessari.
- 10.2 Il piano di trattamento è vincolante per gli assicurati FlexCare nel senso che li obbliga a recarsi esclusivamente dai fornitori di prestazioni determinati durante la durata di trattamento prestabilita.
- 10.3 Eventuali accordi e inoltri tra fornitori di prestazioni e l'assicurato, precedenti al passaggio alla forma di assicurazione FlexCare, non hanno nessuna validità e non saranno presi in considerazione.
- 10.4 Se durante il trattamento diventa necessario un cambiamento del piano di trattamento riguardante la durata e/o il fornitore di prestazione, l'assicurato FlexCare deve accordarsi dapprima con il centro.
- 10.5 Inoltri al di fuori del piano di trattamento determinato richiedono il consenso del centro che deve esserne informato in anticipo.
- 10.6 Nel caso di personale paramedico, come segnatamente i fisioterapisti, gli ergoterapisti e i logopedisti, i quali forniscono una prestazione su incarico del medico, non è necessario nessun previo contatto con il centro. Tuttavia è necessario che l'inoltro al personale paramedico sia avvenuto da parte di un medico nel quadro del piano di trattamento prestabilito e che ne sia stata determinata la durata di validità.

11 Casi speciali ed eccezioni

- 11.1 Le cure di pronto soccorso sono assicurate nell'ambito della forma assicurativa Standard delle cure medico-sanitarie e devono essere comunicate al centro il prima possibile, al più tardi tuttavia entro 20 giorni.
- 11.2 Per la prima visita ginecologica preventiva o per la prima visita oculistica preventiva per ogni anno civile non è necessario nessun previo contatto con il centro.
- 11.3 Il ricovero in un ospedale o in una casa di cura va dapprima concordato con il centro che ne deve dare il consenso. Le dimissioni da un ospedale devono essere comunicate al centro al più presto, al massimo tuttavia entro 20 giorni.

12 Obbligo di avviso in caso di infortunio

Gli assicurati FlexCare devono informare il centro e il loro medico riguardo agli infortuni e alle loro cure, anche se questi sono coperti da un'assicurazione contro gli infortuni.

13 Visione ed elaborazione dati

Stipulando l'assicurazione FlexCare, gli assicurati FlexCare si dichiarano d'accordo con la visione e l'elaborazione dei loro dati secondo gli articoli 14 e 15.

V Disposizioni varie

14 Protezione dati

- 14.1 Il centro rispetta le disposizioni in materia di protezione dei dati della LAMal, della parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) e della legge sulla protezione dei dati (LPD).
- 14.2 Atupri garantisce il trattamento coscienzioso dei dati trattati in relazione a FlexCare. Nel quadro delle disposizioni della LPD, le persone assicurate sono protette contro l'uso illecito dei dati che le riguardano.

15 Scambio dati

- 15.1 Al fine di identificare le persone assicurate, la società riceve dall'assicuratore l'accesso ai dati personali aggiornati degli assicurati. Questi dati comprendono il numero di assicurato, il cognome, il nome, la data di nascita, il sesso e l'indirizzo nonché la relativa copertura assicurativa. La società che gestisce il centro ha inoltre il diritto di visionare tutte le fatture ricevute per analizzarle in relazione alla forma assicurativa FlexCare. Per la valutazione, l'assicuratore metterà a disposizione del centro le fatture dei fornitori di prestazioni relative all'assicurato.
- 15.2 Il centro mette a disposizione dell'assicurato i dati necessari per la definizione della prestazione, segnatamente la data d'inizio e la durata del piano di trattamento per la consultazione presso il fornitore di prestazioni nonché la data della telefonata in caso di contatto telefonico. In questa occasione non viene trasmesso alcun dato personale medico o di altro genere particolarmente degno di protezione ai sensi della LPD. Inoltre il centro è sottoposto all'obbligo di segretezza dell'articolo 33 LPGA.
- 15.3 Con la stipulazione di FlexCare la persona assicurata

si dichiara d'accordo con il trattamento dei dati descritto nel presente allegato.

16 Consulenza e responsabilità

- 16.1 Per gli assicurati FlexCare, la consulenza fornita dal centro è gratuita; essi pagano soltanto eventuali tariffe telefoniche o internet del proprio prestatore di servizi di telecomunicazioni. Il centro registra e archivia le telefonate.
- 16.2 Unico responsabile per le consulenze e le informazioni fornite è il centro.

INDICE

I Disposizioni generali		IV Diritti e doveri degli assicurati SmartCare	
1 Principio	21	10 Procedura di trattamento e piano di trattamento	22
2 Campo di applicazione	21	11 Particolarità ed eccezioni	23
II Rapporto assicurativo		12 Obbligo di notifica in caso di infortunio	23
3 Stipulazione e utilizzo	21	13 Consultazione e trattamento dei dati	23
4 Modifica della forma assicurativa	22	V Disposizioni varie	
5 Conclusione di SmartCare	22	14 Protezione dei dati	23
6 Esclusione da SmartCare	22	15 Consulenza e responsabilità	24
7 Funzionamento e uso dell'applicazione	22		
III Premi e partecipazione ai costi			
8 Premi	22		
9 Partecipazione ai costi	22		

I Disposizioni generali

1 Principio

- 1.1 L'assicurazione SmartCare è una forma particolare dell'assicurazione di base che prevede una scelta limitata dei fornitori di prestazioni ai sensi dell'articolo 99 dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal). Essa si basa sul principio secondo cui, per mezzo di un software applicativo specifico per dispositivi mobili, secondo le condizioni d'uso di cui all'articolo 3.2 (di seguito denominato «applicazione»), viene fornita una procedura vincolante (procedura di trattamento) basata sulla situazione medica attuale dell'assicurato. Questa procedura viene eseguita mediante valutazione digitale dei sintomi.
- 1.2 L'assistenza medica di base che risulta dalla procedura di trattamento, ossia un'assistenza, una consulenza e un trattamento globali e coordinati, viene fornita prevalentemente da un centro di teleconsultazione (in seguito denominato «centro»). A seconda della gravità della malattia e dell'urgenza del problema di salute dell'assicurato, la procedura di trattamento può anche comprendere consultazioni reali presso un fornitore di prestazioni. L'insieme delle misure mediche raccomandate viene denominato piano di trattamento secondo l'articolo 10.1.
- 1.3 Con la stipulazione dell'assicurazione, gli assicurati SmartCare si dichiarano disposti a utilizzare l'applicazione e a rispettare la procedura di trattamento che ne risulta e il relativo piano di trattamento secondo l'articolo 10.1. Contribuiscono così a un'assistenza medica consapevole dei costi, più economica ed efficiente, determinante per la concessione di uno sconto sul premio secondo l'articolo 8. È fatto salvo l'articolo 3.3.
- 1.4 Il centro è gestito in Svizzera da una società indipen-

dente da Atupri che occupa medici e personale paramedico. Il centro è raggiungibile per una consulenza medica senza limiti di tempo sia mediante applicazione che telefonicamente.

- 1.5 Le prestazioni garantite da SmartCare si orientano all'entità delle prestazioni dell'assicurazione di base, tenuto conto delle disposizioni restrittive per la fruizione delle prestazioni (articoli da 10 a 12).

2 Campo di applicazione

Salvo altrimenti previsto dalle presenti disposizioni, si applicano le Condizioni generali di assicurazione (CGA) dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione di base) di Atupri.

II Rapporto assicurativo

3 Stipulazione e utilizzo

- 3.1 SmartCare può essere stipulata da tutte le persone che hanno un'assicurazione di base presso Atupri o che desiderano averla e che sono domiciliate in una regione in cui Atupri offre questa forma di assicurazione. La stipulazione di SmartCare avviene di principio all'inizio di un anno civile; nel caso della forma assicurativa Standard con franchigia ordinaria, la stipulazione può avvenire anche il primo giorno del mese successivo.
- 3.2 In considerazione del requisito dell'utilizzo della tecnica digitale ai sensi dell'articolo 1.1, per la stipulazione di SmartCare valgono le seguenti ulteriori condizioni:
 - utilizzo di un dispositivo mobile per le funzionalità dell'applicazione
 - utilizzo del portale per i clienti di Atupri («myA

tupri»). Vi rientra anche l'accettazione delle disposizioni di utilizzo e in materia di protezione dei dati del portale per i clienti myAtupri e dell'app myAtupri.

- 3.3 L'utilizzo dell'applicazione è consentito esclusivamente alle persone maggiorenni, conformemente all'ordinamento giuridico per esse applicabile. Queste possono gestire l'applicazione per terzi in qualità di tutori, rappresentanti legali o altre persone di supporto.
- 3.4 I minorenni che desiderano direttamente una consulenza e le persone che non dispongono di un dispositivo mobile idoneo all'applicazione, utilizzano per la consulenza medica, compreso l'accesso alla procedura di trattamento, le possibilità di collegamento telefonico. In tal caso non si applica la corrispondente condizione di cui all'articolo 3.2, primo punto dell'elenco.
- 3.5 Per i bambini fino al 6° anno di età l'uso dell'applicazione da parte dei tutori non è obbligatorio.

4 Modifica della forma assicurativa

Nel rispetto dei termini di disdetta ai sensi degli articoli 14.1 e 14.2 delle Condizioni generali di assicurazione (CGA), il passaggio da SmartCare a un'altra forma assicurativa è possibile mediante disdetta alla fine di un anno civile.

5 Conclusione di SmartCare

- 5.1 Se l'offerta di SmartCare viene abolita, integralmente o in un determinato territorio, gli assicurati SmartCare possono passare alla forma assicurativa TelFirst oppure alle forme assicurative FlexCare, HMO o CareMed, purché queste ultime siano offerte per gli assicurati. Se gli assicurati SmartCare non esercitano il diritto di scelta entro tale termine, passano automaticamente alla forma assicurativa Standard.
- 5.2 Anche la cessazione della collaborazione tra il centro e Atupri può portare all'abolizione dell'offerta di SmartCare.

6 Esclusione da SmartCare

- 6.1 Atupri ha il diritto di escludere da SmartCare gli assicurati SmartCare per la fine del mese civile, osservando un preavviso di 20 giorni, se è soddisfatta una delle condizioni seguenti.
- 6.2 L'esclusione da SmartCare è possibile:
 - a) dalla prima violazione degli obblighi per gli assicurati SmartCare secondo gli articoli 10 e 11;
 - b) in caso di degenza di un assicurato SmartCare in una casa di cura, nel reparto di cure di una casa per anziani o in un reparto per malati cronici di un ospedale per casi acuti;
 - c) in caso di degenza prolungata di oltre tre mesi in un ospedale per casi acuti, in una clinica psichiatrica o in una clinica di riabilitazione;
 - d) in caso di soggiorni all'estero degli assicurati SmartCare superiori a tre mesi;
 - e) se una o entrambe le condizioni per l'utilizzo di cui all'articolo 3.2 non sono più soddisfatte. Tra queste rientrano anche la sospensione

temporanea di oltre 30 giorni e la chiusura del portale per i clienti da parte di Atupri.

- 6.3 L'esclusione da SmartCare comporta automaticamente il passaggio alla forma assicurativa Standard. La nuova stipulazione di una forma assicurativa con scelta limitata dei fornitori di prestazioni non è possibile dopo un'esclusione durante l'anno civile in corso e quello successivo.

7 Funzionamento e uso dell'applicazione

- 7.1 Il centro è responsabile del regolare funzionamento dell'applicazione.
- 7.2 Se l'utilizzo dell'applicazione non è possibile per motivi tecnici (interruzione temporanea dell'applicazione), la definizione di un percorso di trattamento ai sensi dell'articolo 1.1 può avvenire tramite altri mezzi di comunicazione idonei, ad es. per telefono.
- 7.3 Se l'utilizzo dell'applicazione non è possibile per motivi imputabili agli assicurati SmartCare, la procedura di trattamento secondo l'articolo 1.1 può essere ottenuta per un massimo di 30 giorni con altri mezzi di comunicazione idonei. Gli assicurati SmartCare interessati, ad eccezione di quelli di cui all'articolo 3.4, devono informare Atupri al più tardi 10 giorni dopo la cessazione della possibilità di utilizzo.
- 7.4 Per utilizzare l'applicazione è necessaria la previa accettazione delle condizioni di utilizzo della «App Atupri Medgate».

III Premi e partecipazione ai costi

8 Premi

Gli assicurati SmartCare ricevono uno sconto sul premio dell'assicurazione di base. Determinante è la tariffa vigente al momento

9 Partecipazione ai costi

- 9.1 Le teleconsultazioni mediche del centro sono contegiate secondo le tariffe LAMal e i contratti in vigore. Tutte le altre consulenze e prestazioni non mediche del centro, come pure l'utilizzo dell'applicazione, sono gratuite per gli assicurati SmartCare, con riserva di eventuali costi applicati dagli operatori di telecomunicazione.
- 9.2 L'addebito della franchigia e dell'aliquota percentuale per le prestazioni fornite agli assicurati SmartCare, comprese quelle del centro stesso, come pure del contributo ai costi di una degenza ospedaliera, avviene sulla base delle disposizioni di legge dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione di base) e delle corrispondenti condizioni di assicurazione di Atupri.
- 9.3 Gli assicurati SmartCare possono altresì optare per l'assicurazione con franchigie a scelta ai sensi degli articoli da 18 a 20 delle Condizioni generali di assicurazione (CGA).

IV Diritti e doveri degli assicurati SmartCare

10 Procedura di trattamento e piano di trattamento

- 10.1 Prima di fruire di prestazioni e trattamenti medici

che non sono già compresi in un piano di trattamento esistente, gli assicurati SmartCare utilizzano sempre dapprima l'applicazione, con riserva degli articoli 7.2 e 7.3; da ciò deriva una procedura di trattamento secondo l'articolo 1.1. Successivamente viene allestito un piano di trattamento, d'intesa con l'assicurato, mediante la consulenza da parte del centro oppure, in caso di consultazione reale presso un fornitore di prestazioni, mediante l'applicazione. Il piano di trattamento comprende la durata presumibile del trattamento, i provvedimenti, i medicinali prescritti, i controlli successivi ed eventualmente altri fornitori di prestazioni necessari e soddisfa il principio di un trattamento medico conveniente ed efficiente.

- 10.2 Il piano terapeutico è vincolante per gli assicurati SmartCare, che si impegnano a rivolgersi esclusivamente ai fornitori di prestazioni stabiliti per la durata definita del trattamento.
- 10.3 Ai fini della realizzazione di cure mediche più economiche, la scelta dei fornitori di prestazioni secondo l'articolo 35 LAMal (medici, persone che lavorano su prescrizione medica, farmacie, centri di consegna di mezzi ausiliari, ecc.) viene limitata. Nell'ambito del piano di trattamento concordato, gli assicurati SmartCare sono inoltre tenuti a usufruire, se offerti, di programmi e prestazioni medici forniti dal centro o da fornitori di prestazioni da esso incaricati.
- 10.4 Eventuali accordi e indirizzamenti tra i fornitori di prestazioni precedenti e la persona assicurata conclusi prima del passaggio alla forma assicurativa SmartCare non hanno alcuna validità e non saranno presi in considerazione.
- 10.5 Se nel corso del trattamento è necessario un adeguamento del piano di trattamento per quanto riguarda la durata e/o il fornitore di prestazioni, l'assicurato SmartCare deve provvedere ad apportare la modifica nell'applicazione o a comunicarla al centro.
- 10.6 Indirizzamenti al di fuori del piano di trattamento stabilito devono essere precedentemente notificati al centro.
- 10.7 Nella misura in cui sia possibile una registrazione nel piano di trattamento, in caso di trattamenti da parte di personale paramedico, come segnatamente fisioterapisti, ergoterapisti e logopedisti che forniscono prestazioni su incarico del medico, dopo l'indirizzamento è necessario prendere contatto con il centro. L'indirizzamento al personale paramedico deve comunque essere stato predisposto da un medico nell'ambito del piano di trattamento concordato e della sua durata di validità.
- 10.8 Se dall'uso dell'applicazione risulta l'indicazione di una consultazione reale presso un fornitore di prestazioni, viene meno la consulenza da parte del centro.

11 Particolarità ed eccezioni

- 11.1 I trattamenti di emergenza devono essere comunicati al centro al più presto e comunque entro 20 giorni.
- 11.2 Per le visite di controllo ginecologiche ed oculistiche annuali, non è necessario utilizzare prima l'applicazione per allestire un piano di trattamento.

11.3 In caso di ricovero in un ospedale o in una casa di cura nonché prima di iniziare una cura balneare o di convalescenza, non è necessario utilizzare precedentemente l'applicazione per allestire un piano di trattamento. Occorre invece discuterne precedentemente con il centro o con il medico curante e richiedere il suo consenso.

11.4 La presentazione di giustificativi di qualsiasi tipo e il pagamento delle fatture devono avvenire per via elettronica.

12 Obbligo di notifica in caso di infortunio

Gli assicurati SmartCare sono tenuti a informare il centro o il loro medico curante in merito agli infortuni e ai loro trattamenti al più tardi entro 30 giorni dal verificarsi dell'infortunio, anche se questi sono coperti da un'assicurazione infortuni.

13 Consultazione e trattamento dei dati

Stipulando SmartCare, gli assicurati SmartCare accettano la consultazione e il trattamento dei loro dati secondo l'articolo 14.

V Disposizioni varie

14 Protezione dati

- 14.1 Atupri Assicurazione della salute (Atupri), Zieglerstrasse 29, 3001 Berna, (e-mail rcg@atupri.ch), tratta i dati personali degli assicurati SmartCare, in qualità di responsabile della protezione dei dati, al fine di adempiere ai suoi compiti nell'ambito dell'assicurazione di base, conformemente alle presenti disposizioni e in particolare ai fini dell'assunzione dei costi. Per il trattamento dei dati personali degli assicurati SmartCare, Atupri sottostà in particolare alle disposizioni della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) e della Legge federale sulla protezione dei dati (LPD).
- 14.2 Per il funzionamento dell'applicazione è responsabile esclusivamente il gestore dell'applicazione. Informazioni su questo e sugli altri trattamenti dei dati connessi all'applicazione sono riportate nelle condizioni d'uso dell'applicazione. Il centro e gli altri fornitori di prestazioni sono responsabili del rispettivo trattamento dei dati personali degli assicurati SmartCare.
- 14.3 Per identificare le persone assicurate, Atupri concede al centro o a un terzo da esso autorizzato l'accesso al numero di assicurato, al cognome, al nome, alla data di nascita, al sesso e all'indirizzo nonché alla corrispondente copertura assicurativa degli assicurati SmartCare. Il centro ha inoltre il diritto di prendere visione di tutte le fatture pervenute per verificare il rispetto del piano di trattamento da parte degli assicurati SmartCare. A tal fine, Atupri metterà a disposizione del centro, su richiesta, le relative fatture. I collaboratori dei fornitori di prestazioni o del centro sono soggetti all'obbligo di riservatezza previsto dalla legge.

14.4 Il centro o un terzo da esso autorizzato trasmette ad Atupri i dati personali necessari per la determinazione delle prestazioni, per esempio l'inizio e la durata del piano di trattamento e la data della chiamata in caso di chiamata. Per verificare se è tenuta al rimborso di una prestazione, Atupri può richiedere al centro le necessarie informazioni di natura medica, come i referti delle visite o i rapporti medici. In questo caso Atupri informa preventivamente l'assicurato SmartCare. Su richiesta dell'assicurato SmartCare i dati medici vengono comunicati solo al medico di fiducia di Atupri.

15 Consulenza e responsabilità

- 15.1 Oltre ai costi ordinari del trattamento, gli assicurati SmartCare si fanno carico degli eventuali costi telefonici o di Internet del loro operatore di telecomunicazioni. Il centro registra e archivia le telefonate.
- 15.2 Il centro è responsabile per tutte le consulenze e le informazioni fornite in telemedicina. A questo riguardo Atupri esclude qualsiasi responsabilità.
- 15.3 Atupri non risponde della disponibilità e del funzionamento dell'applicazione.