

Edizione 2024



Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Condizioni d'assicurazione (CA)
flexhelp24

Condizioni d'assicurazione (CA)

flexhelp24 secondo la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)

Capitolo	Pagina	Capitolo	Pagina
1 Basi dell'assicurazione	3	12 Eccezioni	5
1.1 Disposizioni di diritto federale e diritto cantonale		12.1 Oculista, ginecologo, pediatra, dentista	
1.2 Applicazione per gli assicuratori del gruppo Sympany		12.2 Emergenze	
1.3 Funzionamento del modello assicurativo alternativo		12.3 Definizione di emergenza	
2 Oggetto dell'assicurazione	3	13 Elenchi dei possibili fornitori di prestazioni	5
3 Obblighi generali	3	14 Violazione delle condizioni del modello assicurativo alternativo	5
4 Responsabilità da trattamento medico	3	15 Modifica dell'assicurazione a causa delle mutate condizioni quadro	5
5 Cessazione dell'assicurazione	3	16 Coordinate di pagamento	5
6 Sospensione da parte dell'assicuratore	3	17 Tasse	5
7 Copertura infortuni	3	17.1 Tasse di diffida e incasso	
8 Obbligo di notifica e di comunicazione	4	17.2 Pagamento rateale	
8.1 Notifica d'infortunio		17.3 Commissioni di pagamento	
8.2 Collaborazione della persona assicurata		18 Obbligo di segretezza	6
8.3 Autorizzazione alla fornitura di informazioni		19 Contenzioso	6
8.4 Inadempimento dell'obbligo di notifica		19.1 Decisione	
9 Diritti e obblighi concernenti le prestazioni di terzi	4	19.2 Opposizione	
10 Requisiti generali per le prestazioni	4	19.3 Procedimento di ricorso	
10.1 Contatto con il fornitore di prestazioni coordinatore		20 Passaggio in giudicato	6
10.2 Lasso di tempo per ulteriori trattamenti		21 Protezione giuridica	6
10.3 Comportamento in caso di conferma di assunzione dei costi		22 Protezione dei dati	6
11 Obbligo di misure speciali per l'assistenza integrata	4	23 Interpretazione	7
		24 Entrata in vigore	7

Scopo dell'assicurazione

L'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie assume le spese della diagnosi e del trattamento in caso di malattia, infortunio e maternità nell'ambito della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Può essere stipulata con una franchigia ordinaria o una franchigia a scelta. Sussiste inoltre la possibilità di stipulare l'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie con libera scelta del medico oppure come modello assicurativo alternativo, inteso come forma assicurativa particolare con scelta limitata dei fornitori di prestazioni.

1 Basi dell'assicurazione

1.1 Disposizioni di diritto federale e diritto cantonale

Le basi di questa assicurazione sono costituite dalle disposizioni della legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali del 6 ottobre 2000 (LPGA), della legge federale sulla vigilanza sull'assicurazione malattie del 26 settembre 2014 (LVAMal), della legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994 (LAMal) e le relative disposizioni d'esecuzione nonché le presenti condizioni d'assicurazione (CA). Il diritto federale e il diritto cantonale hanno la priorità rispetto alle presenti condizioni d'assicurazione (CA).

1.2 Applicazione per gli assicuratori del gruppo Sympany

Il soggetto giuridico indicato nella polizza eroga le prestazioni assicurative in qualità di assicuratore malattia e di seguito è denominato «assicuratore».

1.3 Funzionamento del modello assicurativo alternativo

flexhelp24 è un modello assicurativo alternativo nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

Stipulando **flexhelp24**, la persona assicurata si dichiara disposta a consultare, in caso di trattamento medico e/o di cura, prima il centro di telemedicina o a rivolgersi direttamente a uno studio medico partner indicato presente nella lista (entrambi di seguito denominati «fornitori di prestazioni coordinatori»).

I fornitori di prestazioni coordinatori sono il primo interlocutore in tutte le questioni mediche. Forniscono consulenza alla persona assicurata in caso di problemi di salute e forniscono direttive vincolanti per le fasi di trattamento successive (in particolare modo anche l'indirizzamento ad altri fornitori di prestazioni mediche).

2 Oggetto dell'assicurazione

Le persone indicate nella polizza sono assicurate contro le conseguenze economiche di malattie, maternità e infortuni. Il rischio d'infortunio è compreso nell'assicurazione se è indicato nella polizza assicurativa.

3 Obblighi generali

La persona assicurata deve attenersi alle indicazioni mediche e fare tutto ciò che favorisce la guarigione ed evitare tutto ciò che la ritarda.

4 Responsabilità da trattamento medico

La responsabilità per le prestazioni diagnostiche e terapeutiche è esclusivamente dei fornitori di prestazioni che curano la persona assicurata.

5 Cessazione dell'assicurazione

L'assicurazione termina:

- in seguito a disdetta,
- per trasferimento all'estero, eccetto i casi in cui persiste l'obbligo di assicurazione,
- in caso di decesso.

6 Sospensione da parte dell'assicuratore

L'assicuratore può sospendere l'assicurazione **flexhelp24** alla fine di un anno civile, con un preavviso di 2 mesi, oppure entro la stessa scadenza apportare una modifica al prodotto.

A partire dalla data della sospensione, la persona assicurata può scegliere se passare a un'altra forma assicurativa particolare con scelta limitata del fornitore di prestazioni o all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con libera scelta del medico. Contemporaneamente alla disdetta da parte dell'assicuratore, la persona assicurata viene messa a conoscenza di tali possibilità.

Se la persona assicurata non esercita il diritto di scelta entro la scadenza del termine di disdetta, passa automaticamente all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con libera scelta del medico.

7 Copertura infortuni

La copertura infortuni può essere esclusa per gli infortuni professionali e non professionali qualora sia attestata una copertura infortuni completa obbligatoria ai sensi della LAINF. L'esclusione avviene dal primo giorno del mese successivo alla proposta. L'inclusione della copertura infortuni avviene immediatamente al termine dell'assicurazione infortuni ai sensi della LAINF. La persona assicurata deve notificare immediatamente la cessazione dell'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF.

8 Obbligo di notifica e di comunicazione

8.1 Notifica d'infortunio

Qualora siano richieste le prestazioni per infortunio occorre in aggiunta compilare e presentare il modulo di notifica d'infortunio. La notifica d'infortunio deve essere spedita all'assicuratore entro 10 giorni dal verificarsi dell'infortunio.

8.2 Collaborazione della persona assicurata

La persona assicurata è tenuta a fornire gratuitamente all'assicuratore tutte le informazioni necessarie per l'accertamento del diritto alle prestazioni, comprese le decisioni di altri assicuratori sociali e le ricevute di eventuali assicuratori privati.

8.3 Autorizzazione alla fornitura di informazioni

La persona assicurata deve autorizzare tutte le persone e gli uffici, segnatamente datori di lavoro, medici, ospedali, terapisti, assicurazioni e pubblici uffici, a fornire le informazioni necessarie per accertare il diritto alle prestazioni.

8.4 Inadempimento dell'obbligo di notifica

Gli svantaggi derivanti dalla violazione dell'obbligo di notifica e comunicazione sono a carico della persona assicurata.

9 Diritti e obblighi concernenti le prestazioni di terzi

La persona assicurata ha l'obbligo di informare immediatamente l'assicuratore in merito a qualsiasi prestazione di terzi (es. assicurazione infortuni, di responsabilità civile, militare o per l'invalidità), nonché in merito agli accordi concernenti le somme di liquidazione, qualora questi debba fornire prestazioni per lo stesso caso assicurativo. Senza l'esplicito consenso dell'assicuratore, la persona assicurata non può rinunciare interamente o in parte alle prestazioni di terzi. Se un'altra assicurazione malattia, infortuni o sociale riduce le proprie prestazioni per motivi che autorizzano anche l'assicuratore a ridurre le prestazioni, quest'ultimo non rimborsa la perdita dovuta alla riduzione.

10 Requisiti generali per le prestazioni

10.1 Contatto con il fornitore di prestazioni coordinatore

In caso di problemi di salute, la persona assicurata contatta uno dei fornitori di prestazioni coordinatori. Il fornitore di prestazioni coordinatore fornisce consulenza alla persona assicurata per le questioni mediche e le indica il percorso di trattamento ottimale. La persona assicurata è tenuta a seguire tali istruzioni.

10.2 Lasso di tempo per ulteriori trattamenti

Se, in seguito al colloquio di consulenza con uno dei fornitori di prestazioni coordinatori (centro di telemedicina o studio partner), risulta necessario un trattamento specialistico, si concorda con la persona assicurata un lasso di tempo in cui dovrebbe avvenire il trattamento presso un fornitore di prestazioni a scelta. In caso di controlli successivi e indirizzamento ad altri fornitori di prestazioni è necessario rivolgersi nuovamente al fornitore di prestazioni coordinatore contattato per primo. Se il lasso di tempo per il trattamento non è sufficiente, prima della scadenza del termine la persona assicurata contatta nuovamente il fornitore di prestazioni coordinatore contattato per primo.

10.3 Comportamento in caso di conferma di assunzione dei costi

Uno dei fornitori di prestazioni coordinatori deve essere informato in merito al trattamento anche se l'assicuratore ha confermato l'assunzione dei costi.

11 Obbligo di misure speciali per l'assistenza integrata

Se in presenza di una malattia specifica (soprattutto cronica o potenzialmente cronica) è opportuno un piano di assistenza completo, la persona assicurata ha l'obbligo di sottoporsi a misure speciali per l'assistenza integrata, come il disease management (approccio multicomponente organizzato, centrato sul paziente per un'assistenza sanitaria a tutto tondo).

L'assicuratore, il fornitore di prestazioni coordinatore o un terzo fornitore mettono la persona assicurata a conoscenza delle misure che deve obbligatoriamente adottare.

La persona assicurata è inoltre tenuta a considerare fonti d'acquisto convenienti (es. farmacie con vendita per corrispondenza) per l'acquisto di medicinali, prestazioni di laboratorio, mezzi ausiliari, ecc. La fonte d'acquisto da considerare nel rispettivo caso le viene comunicata dall'assicuratore o dal fornitore di prestazioni coordinatore. La persona assicurata si impegna a farsi curare con il medicamento più efficace, appropriato ed economico per il trattamento del suo disturbo. Si può trattare di un generico, di un biosimilare o di un preparato originale economico.

Se la persona assicurata acquista un medicamento per il quale è offerta un'alternativa più conveniente, ne mette a conoscenza l'assicuratore o il fornitore di prestazioni coordinatore.

12 Eccezioni

12.1 Oculista, ginecologo, pediatra, dentista

La persona assicurata può usufruire di visite e trattamenti presso oculisti, ginecologi e dentisti senza rivolgersi prima al fornitore di prestazioni coordinatore scelto. Per le cure pediatriche non è necessario coinvolgere il fornitore di prestazioni coordinatore fino al raggiungimento dell'età di 16 anni della persona assicurata.

12.2 Emergenze

In una situazione d'emergenza bisogna contattare uno dei fornitori di prestazioni coordinatori. Qualora non sia possibile, ci si può rivolgere al centro di consulenza medica di emergenza in servizio o a un ospedale presso il luogo di soggiorno. In questi casi la persona assicurata è tenuta a informare o a far informare al più presto il fornitore di prestazioni coordinatore e a consegnargli un certificato attestante il trattamento d'emergenza.

12.3 Definizione di emergenza

Sussiste un'emergenza se le condizioni di una persona sono ritenute dalla persona stessa o da terzi tali da rappresentare un pericolo per la vita o se sussiste una necessità immediata di trattamento.

13 Elenchi dei possibili fornitori di prestazioni

L'assicuratore si riserva il diritto di trasmettere ai fornitori di prestazioni coordinatori una lista dei possibili fornitori di prestazioni dalla quale essi, insieme alla persona assicurata, devono determinare un fornitore di prestazioni per le ulteriori cure. Tale elenco è consultabile presso l'assicuratore in caso di applicazione della presente regolamentazione.

14 Violazione delle condizioni del modello assicurativo alternativo

Se, in assenza di una situazione di emergenza, la persona assicurata si rivolge a fornitori di prestazioni diversi dal fornitore di prestazioni coordinatore, l'assicuratore la informa in ogni caso in merito al comportamento non conforme al contratto o alla violazione. Ciò avviene anche in caso di inosservanza delle misure speciali definite ai sensi del punto 11.

Inoltre, in caso di violazione degli obblighi derivanti dalle presenti condizioni d'assicurazione, l'assicuratore è autorizzato a escludere la persona assicurata per almeno 12 e al massimo 24 mesi dal 1° del mese successivo da tutti i modelli assicurativi alternativi e/o a richiedere il rimborso dei costi per prestazioni che non sono state fornite o prescritte dal fornitore di prestazioni coordinatore o che contraddicono le sue istruzioni. La comunicazione

dell'esclusione o del rifiuto dei costi avviene per iscritto (per posta o in formato digitale) con l'indicazione della violazione dell'obbligo.

Un'esclusione dal modello assicurativo **flexhelp24** comporta automaticamente il passaggio all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con libera scelta del medico.

15 Modifica dell'assicurazione a causa delle mutate condizioni quadro

Se il trattamento medico da parte dei fornitori di prestazioni coordinatori non è possibile o diviene impossibile (in particolare in caso di degenza in casa di cura e trattamento da parte del rispettivo medico ecc.), l'assicuratore è autorizzato a annullare **flexhelp24** senza preavviso dal 1° del mese successivo. Ciò comporta automaticamente il passaggio all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con la libera scelta del medico.

16 Coordinate di pagamento

L'assicuratore versa le prestazioni alla persona assicurata sul conto postale o bancario indicato. In caso di omessa comunicazione da parte della persona assicurata, l'assicuratore può addebitare un forfait per le spese per ogni conteggio delle prestazioni.

17 Tasse

17.1 Tasse di diffida e incasso

In caso di mora, l'assicuratore può addebitare ai debitori oltre alle spese di esecuzione anche le spese di elaborazione in misura adeguata, le tasse di pratica, le spese per le diffide e gli interessi di mora.

17.2 Pagamento rateale

Se nella procedura di incasso ed esecuzione è stato concordato un pagamento rateale, l'assicuratore può addebitare una tassa di rateizzazione per l'onere amministrativo aggiuntivo.

17.3 Commissioni di pagamento

La persona assicurata ha diverse possibilità di pagare i propri premi e partecipazioni ai costi senza commissioni. Se la persona assicurata sceglie una modalità di pagamento che comporta commissioni (ad es. in caso di versamenti allo sportello postale), l'assicuratore può addebitarle la relativa commissione.

18 Obbligo di segretezza

I collaboratori dell'assicuratore sottostanno all'obbligo del segreto previsto dalla legge.

19 Contenzioso

19.1 Decisione

Nel caso in cui una persona assicurata non concordi con una decisione dell'assicuratore, entro 30 giorni quest'ultimo emana su richiesta una disposizione motivata per iscritto con indicazione dei rimedi giuridici.

19.2 Opposizione

È possibile presentare opposizione contro la decisione dell'assicuratore entro 30 giorni dal suo recapito. L'assicuratore verifica l'opposizione ed emana una decisione su opposizione motivata per iscritto, con indicazione dei rimedi giuridici.

19.3 Procedimento di ricorso

Contro la decisione su opposizione dell'assicuratore è possibile presentare ricorso presso il Tribunale cantonale delle assicurazioni entro 30 giorni dal suo recapito.

Ha diritto di presentare ricorso la persona interessata dalla decisione o dalla decisione su opposizione contestata che vanti un interesse degno di tutela rispetto alla revoca o alla modifica di tale decisione.

È competente il Tribunale delle assicurazioni del Cantone in cui è domiciliata la persona assicurata o il ricorrente. Si può ricorrere al Tribunale delle assicurazioni anche nel caso in cui l'assicuratore non presenti alcuna decisione su opposizione entro i termini.

Se l'assicurato o il ricorrente è domiciliato all'estero, è competente il Tribunale delle assicurazioni del Cantone in cui si trovava il suo ultimo domicilio svizzero o in cui ha sede il suo ultimo datore di lavoro svizzero; se non è possibile stabilire nessuno di questi luoghi, è competente il Tribunale delle assicurazioni di Basilea.

20 Passaggio in giudicato

In caso di scadenza inutilizzata del termine di ricorso, la decisione o la decisione su opposizione dell'assicuratore passa in giudicato. Le decisioni passate in giudicato che impongono il pagamento di una somma di denaro sono parificate alle sentenze esecutive dei tribunali ai sensi dell'articolo 80 della legge federale sulla esecuzione e sul fallimento (LEF).

21 Protezione giuridica

In caso di controversie sull'onorario tra la persona assicurata e i fornitori di prestazioni ai sensi della LAMal, l'assicuratore può, su richiesta della persona assicurata, assumerne la rappresentanza dinanzi ai tribunali competenti a spese dell'assicuratore, purché la conclusione della controversia non appaia priva di probabilità di successo.

22 Protezione dei dati

Il trattamento dei dati delle persone assicurate è retto in particolare dalle disposizioni legali applicabili in materia di protezione dei dati della legge federale sulla protezione dei dati del 25 settembre 2020 (LPD, RS 235.1), dall'art. 33 della legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA, RS 830.1) e dagli artt. 84, 84a e 84b della legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal, RS 832.10). Nei rapporti assicurativi con rilevanza internazionale il trattamento dei dati è retto dalle disposizioni applicabili (es. regolamento RGPD [UE] 2016/679 del 27 aprile 2016).

Con la stipulazione del modello assicurativo **flexhelp24**, la persona assicurata acconsente che l'assicuratore, il fornitore di prestazioni coordinatore o terzi che agiscono su suo incarico si trasmettano a vicenda i dati delle cure, delle diagnosi e delle fatture della sua assistenza medica completa, nella misura in cui questi siano necessari per la gestione dell'assicurazione **flexhelp24** e in particolare per la verifica dell'osservanza degli obblighi delle persone assicurate (garanzia della qualità e garanzia di un trattamento ottimale). Ciò include le analisi statistiche su **flexhelp24**. La persona assicurata acconsente altresì al trattamento di tali dati da parte dell'assicuratore.

I dati sono conservati in forma fisica o elettronica. Se passa a un altro fornitore di prestazioni coordinatore, la persona assicurata acconsente all'inoltro in forma scritta ed elettronica di tali informazioni al nuovo fornitore di prestazioni coordinatore ed esonera il fornitore di prestazioni coordinatore precedente dall'obbligo del segreto professionale per tale comunicazione dei dati.

Informazioni dettagliate sulla protezione dei dati sono disponibili sul sito web dell'assicuratore.

23 Interpretazione

La versione originale delle presenti condizioni d'assicurazione è la versione in lingua tedesca. Le versioni francese, italiana e inglese sono traduzioni. In caso di divergenze d'interpretazione fa stato il testo tedesco.

24 Entrata in vigore

Il presente regolamento entra in vigore il 1° gennaio 2024 e sostituisce ogni precedente regolamento e disposizione concernente l'assicurazione obbligatoria di legge per le cure medico-sanitarie.

1095/i/07.2023

+41 58 262 42 00
www.sympany.ch

Assicurarsi al meglio.
 sympany