
Compact One

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione base con prima consulenza medica vincolante al telefono) secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Edizione gennaio 2018 (valida dal 1° gennaio 2018)

Ente assicurativo: Compact Assicurazioni base SA

sanitas

Panoramica dell'assicurazione

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi di cure in caso di *malattia, infortunio e maternità* nell'ambito della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Può essere stipulata con una franchigia ordinaria o con una franchigia a scelta.

Compact One è un modello assicurativo alternativo (forma assicurativa particolare) dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal. Con la stipulazione di Compact One la persona assicurata si dichiara disposta a consultare telefonicamente il *centro di telemedicina* prima di una cura medica. Questo centro è a disposizione degli assicurati 24 ore su 24 e 365 giorni all'anno, offre consulenza alle persone assicurate in caso di problemi di salute e definisce l'iter di cura vincolante per l'assicurato.

Compact Assicurazioni base SA promuove e sostiene misure atte alla riduzione dei costi a lungo termine e a garantire un approvvigionamento di base sensato e adeguato, chiedendo alla persona assicurata un contributo attivo e una responsabilità personale. Inoltre, per determinate misure, ha la facoltà di ridurre o revocare la partecipazione ai costi ordinaria della persona assicurata.

I termini scritti in corsivo sono spiegati nel glossario in appendice alle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) di Compact One. Il glossario è parte integrante delle presenti CGA.

Estensione dell'assicurazione

1 Basi dell'assicurazione

- 1 Compact One è un modello assicurativo alternativo (forma assicurativa particolare) dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con scelta limitata del fornitore di prestazioni ai sensi dell'art. 41 cpv. 4 della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e dell'art. 99 dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal).
- 2 Per tutte le questioni non specificamente regolamentate nelle presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA) fanno stato la LAMal, la Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) e le rispettive Ordinanze.
- 3 Nelle presenti Condizioni generali d'assicurazione, il diritto federale e il diritto cantonale vengono applicati in tale ordine.
- 4 Il testo redatto in forma maschile vale per analogia anche per persone di sesso femminile.

2 Oggetto dell'assicurazione

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

3 Validità territoriale

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

Prestazioni

4 Estensione delle prestazioni

Compact paga le prestazioni di legge per cure ambulatoriali e stazionarie, ammesso che queste siano erogate nel quadro della cura definito dal *centro di telemedicina*.

5 Partecipazione ai costi

La partecipazione ai costi della persona assicurata è composta da:

- franchigia
- aliquota percentuale
- contributo ai costi ospedalieri

6 Prestazioni di terzi

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

7 Responsabilità

I fornitori di prestazioni scelti dalla persona assicurata sono gli unici responsabili delle prestazioni terapeutiche e diagnostiche dispensate (p.es. medici, terapisti, *centro di telemedicina*).

Obblighi e giustificazione del diritto

8 Obblighi generali

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

- limitare la richiesta di prestazioni nella misura necessaria secondo le conoscenze mediche;
- attenersi ai piani terapeutici definiti;
- contribuire ragionevolmente e di propria iniziativa al processo di guarigione.

9 Consultazione del centro di telemedicina

- 1 La persona assicurata ha l'obbligo, prima di richiedere una cura medica, di mettersi in contatto telefonicamente con il *centro di telemedicina*. Il centro fornisce alla persona assicurata una consulenza medica e definisce l'iter di cura ottimale vincolante per l'assicurato, dopo aver considerato la situazione individuale.
- 2 Se in base alla teleconsultazione si rende necessaria una cura medica, l'iter di cura ai sensi del capoverso 1 comprenderà anche la scelta del fornitore di prestazioni e il periodo di tempo concesso per la cura. Ai sensi dell'art. 99 OAMal Compact ha la facoltà di limitare la scelta del fornitore di prestazioni.
- 3 Il periodo di tempo concesso per la cura medica comprende la probabile durata della cura e il probabile numero di consultazioni necessarie. Se il lasso di tempo concordato non fosse sufficiente per la cura, la persona assicurata ha l'obbligo di mettersi nuovamente in contatto con il *centro di telemedicina* prima della scadenza del termine.
- 4 Se nell'ambito della cura definita si dovesse rendere necessaria una degenza ospedaliera stazionaria, la persona assicurata ha l'obbligo di contattare il *centro di telemedicina* prima del ricovero in ospedale. Fanno eccezione le urgenze ai sensi della cifra 10, capoverso 1.

10 Eccezioni dall'obbligo di consultazione

- 1 In caso di urgenze non è obbligatorio mettersi in contatto in precedenza con il *centro di telemedicina*. La persona assicurata ha però l'obbligo di comunicare al *centro di telemedicina* una cura conclusa entro 10 giorni, al più tardi comunque prima di un'eventuale cura successiva.

Trattasi di urgenza se la persona assicurata si trova in pericolo di vita o necessita di cure immediate. Un problema di salute al di fuori degli orari di apertura degli studi medici non è fondamentalmente considerato un'urgenza.

- 2 Nei seguenti casi non è necessario contattare il *centro di telemedicina*:
 - esami ginecologici preventivi
 - visite in caso di *gravidanza*, parto incluso
 - vaccinazioni
 - cure dentarie

11 Misure di pilotaggio

- 1 Se la teleconsultazione ai sensi della cifra 9 indica l'appropriatezza di un programma *Disease Management* da parte di Compact, la persona assicurata ha l'obbligo di parteciparvi.
- 2 Se la teleconsultazione ai sensi della cifra 9 indica l'appropriatezza dell'assistenza da parte del *Case Management*, la persona assicurata ha l'obbligo di farsi guidare dal *Case Management* di Compact attraverso le fasi della cura.
- 3 Se la persona assicurata, nell'ambito dell'iter di cura ai sensi della cifra 9 necessita di medicinali, mezzi ausiliari o prestazioni di laboratorio, Compact ha la facoltà di vincolare la persona assicurata a fare ricorso ad un fornitore di prestazioni scelto da Compact.
- 4 Se nell'ambito della cura ai sensi della cifra 9 è indicata la prescrizione o la consegna di un medicinale, la persona assicurata ha l'obbligo in ogni caso di richiedere un generico. Nel rimborso dei costi Compact ha la facoltà di ridurre o dispensare la persona assicurata dal corrispondere l'aliquota percentuale ai sensi della cifra 5.

12 Violazione degli obblighi derivanti dal modello assicurativo

- 1 Se la persona assicurata viola l'obbligo della teleconsultazione da parte del *centro di telemedicina* ai sensi della cifra 9.1, dopo un unico ammonimento Compact trasferisce la persona assicurata nell'assicurazione base Compact Basic. Il trasferimento avviene retroattivamente per il 1° gennaio dell'anno in cui l'obbligo è stato violato per la seconda volta.
- 2 Se la persona assicurata rifiuta una misura di pilotaggio ai sensi della cifra 11, capoversi 1-3 le viene concesso un periodo di riflessione. Se passato tale periodo la persona assicurata continua nel suo rifiuto, Compact la trasferisce nell'assicurazione base Compact Basic retroattivamente per il 1° gennaio dell'anno in cui avviene il rifiuto alla partecipazione.
- 3 Il trasferimento retroattivo da Compact One a Compact Basic ai sensi dei cpv. 1 e 2 ha come conseguenza il reclamo dello sconto sui premi concesso per Compact One durante l'anno del trasferimento.

- 4 Dopo il trasferimento da Compact One all'assicurazione base Compact Basic, per poter passare nuovamente a Compact One, si dovranno aspettare almeno due anni.

13 Giustificazione del diritto

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

14 Fatture dall'estero

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

15 Cessione e costituzione in pegno di prestazioni

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

Inizio e fine dell'assicurazione

16 Inizio dell'assicurazione

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

17 Modifiche d'assicurazione da parte della persona assicurata

- 1 Il passaggio dall'assicurazione base Compact Basic a Compact One è possibile sempre per l'inizio di un mese.
- 2 Il passaggio da Compact One all'assicurazione base Compact Basic o a un'altra forma assicurativa può avvenire per la fine di un anno civile, rispettando il termine di disdetta ai sensi della cifra 20 cpv. 1, fermo restando quanto disposto alla cifra 20 cpv. 2 delle presenti CGA e all'art. 7 cpv. 3 e 4 LAMal.
- 3 La franchigia può essere adeguata sempre per il 1° gennaio; per il passaggio ad una franchigia inferiore vanno osservati i termini di disdetta secondo la cifra 20.
- 4 La copertura infortuni può essere esclusa se viene comprovata l'esistenza dell'assicurazione infortuni secondo LAINF (infortuni professionali e non professionali). L'esclusione avviene al più presto il 1° giorno del mese successivo alla richiesta scritta.
- 5 L'inclusione della copertura infortuni avviene immediatamente dopo la fine dell'assicurazione infortuni secondo LAINF. La soppressione dell'assicurazione infortuni va notificata a Compact entro 30 giorni.

18 Modifiche d'assicurazione da parte di Compact

- 1 Compact trasferisce la persona assicurata nell'assicurazione base Compact Basic,
- quando la condizione di prendere contatto telefonicamente prima di ricorrere ad una cura medica non può più essere rispettata dalla persona assicurata;
 - quando la persona assicurata soggiorna per più di tre mesi all'estero;
 - quando la persona assicurata viola l'obbligo di consultazione telefonica secondo la cifra 9;
 - quando la persona assicurata viola l'obbligo di partecipazione alle misure di pilotaggio secondo la cifra 11.

Ad eccezione della regolamentazione secondo la cifra 12, cpv. 1 e 2, il trasferimento avviene osservando un termine di 30 giorni per il 1° giorno del mese successivo.

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

19 Sospensione

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

20 Disdetta dell'assicurazione

- 1 La disdetta in seguito a passaggio ad un altro assicuratore può essere inoltrata dalla persona assicurata, osservando un termine di disdetta di tre mesi, per il 31 dicembre.
- 2 Osservando un termine di un mese, la disdetta può essere inoltrata per la fine del mese che precede l'entrata in vigore di un nuovo premio comunicato. Fanno eccezione le modifiche di premio dovute ad eventuale cambio di domicilio o del modello assicurativo.
- 3 L'assicurazione termina dopo aver ricevuto la conferma d'ammissione del nuovo assicuratore.

21 Fine dell'assicurazione

L'assicurazione termina

- con la disdetta dell'assicurazione secondo la cifra 20;
- quando la persona assicurata cessa di essere soggetta all'obbligo assicurativo;
- per frontalieri secondo l'art. 7 cpv. 4 OAMal;
- per una persona assicurata non assoggettata alla legislazione svizzera in materia d'assistenza sociale, secondo l'art. 9 OAMal;
- al decesso della persona assicurata.

Premi

22 Pagamento dei premi e scadenza

- 1 I premi sono esigibili il 1° giorno del mese di riferimento. I pagamenti possono essere effettuati a scadenze annuali, semestrali, trimestrali, bimestrali o mensili; l'anno assicurativo inizia il 1° gennaio. I premi possono essere pagati mediante le seguenti modalità di pagamento: polizza di versamento (PVR), LSV, Debit Direct, e-Billing.
- 2 In caso di terminazione prematura dell'assicurazione, vengono restituiti i premi relativi al periodo assicurativo non scaduto.
- 3 La persona assicurata non può compensare premi dovuti con prestazioni pendenti.

23 Diffida e conseguenze della mora

- 1 Se, nonostante la diffida, l'assicurato non paga i premi dovuti o le partecipazioni a costi e se è stata depositata una domanda di proseguimento dell'esecuzione per debiti, Compact sospende l'obbligo di prestazioni nei confronti della persona assicurata finché gli importi arretrati comprese le tasse di diffida, gli interessi di mora e le spese d'esecuzione non sono stati pagati integralmente. Contemporaneamente, Compact comunica la sospensione delle prestazioni all'ufficio cantonale incaricato di vigilare sul rispetto dell'obbligo assicurativo.
- 2 In caso di disdetta dell'assicurazione secondo la cifra 20, il passaggio al nuovo assicuratore è consentito solo una volta avvenuto il pagamento integrale degli importi dovuti, comprese le tasse di diffida, gli interessi di mora e le spese esecutive.
- 3 Per diffide ed esecuzioni Compact fattura tasse ed interessi di mora appropriati.

Disposizioni varie

24 Accettazione della polizza d'assicurazione

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

25 Registrazione ed elaborazione dei dati

- 1 Compact garantisce l'osservanza della protezione dei dati conformemente alle prescrizioni della vigente legislazione svizzera in materia, ovvero della Legge federale sulla protezione dei dati (LPD) e in particolare dell'art. 33 LPGa e dell'art. 84 ss. LAMal.
- 2 Nell'ambito delle disposizioni legali Compact ha il diritto di raccogliere le informazioni necessarie per l'esercizio dell'assicurazione, di registrarle elettronicamente e di delegare l'elaborazione delle stesse a terzi.
- 3 Stipulando Compact One la persona assicurata consente al *centro di telemedicina* di visionare i dati riguardanti la cura e la fatturazione del suo approvvigionamento medico.
- 4 Compact è autorizzata a trasmettere al *centro di telemedicina* i dati necessari per la gestione di Compact One rispettando le prescrizioni sul segreto professionale e sulla protezione dei dati.

26 Versamento di prestazioni

- 1 Compact versa le prestazioni mensilmente su un conto postale o bancario. Qualora venisse richiesto il versamento mediante altri mezzi di pagamento, Compact può esigere un indennizzo per i costi supplementari causati. I versamenti vengono effettuati a indirizzi in Svizzera.
- 2 Se, in base a convenzioni, Compact è debitrice nei confronti del fornitore di prestazioni, essa gli versa le sue prestazioni e fattura la partecipazione ai costi alla persona assicurata.
- 3 Compact può compensare le prestazioni con i suoi crediti nei confronti della persona assicurata, purché non sussista una sospensione delle prestazioni ai sensi della cifra 23 cpv. 1 delle presenti CGA.

27 Comunicazioni / Recapito di contatto

- 1 I cambi di nome e d'indirizzo, risp. il recapito di contatto sono da notificare per iscritto a Compact entro un termine di 30 giorni. In caso contrario, per l'invio legalmente valido della corrispondenza fa stato l'ultimo indirizzo noto.
- 2 Per soggiorni all'estero di durata superiore a tre mesi, a Compact è da comunicare un recapito di contatto in Svizzera.
- 3 Quale indirizzo di recapito per comunicazioni o giustificazioni del diritto fa stato l'indirizzo riportato sulla polizza d'assicurazione.

28 Adeguamento delle condizioni d'assicurazione

Le modifiche delle presenti Condizioni generali d'assicurazione e altre informazioni vincolanti vengono comunicate alla persona assicurata per iscritto.

29 Obbligo assicurativo in Stati membri dell'UE/AELS

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

30 Vie di ricorso

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

Glossario

Disease Management

Programmi di cura strutturati e sistematici per determinate malattie prevalentemente croniche (p.es. ipertensione, insufficienza cardiaca, diabete, asma). L'obiettivo è garantire un'assistenza sensata, personale e appropriata, basata sulle conoscenze mediche attuali. Sono da evitare la diagnostica e la terapia superflue e inefficaci.

Case Management

Una fitta assistenza di casi medici di carattere generalmente complesso e costoso. Nel Case Management il case manager ha tre funzioni principali: sostiene e fa valere gli interessi del paziente (funzione di patrocinatore), procura le soluzioni di approvvigionamento ottimali (funzione di mediatore), seleziona e guida l'accesso a prestazioni di approvvigionamento (funzione di gate keeper).

Malattia

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

Maternità

La maternità comprende la gravidanza, il parto e la successiva convalescenza della madre.

Infortunio

Un qualsiasi flusso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte è considerato infortunio. Le malattie professionali e le lesioni corporali simili ad infortuni sono equiparate agli infortuni.

Centro di telemedicina

Il centro di telemedicina fornisce le consultazioni mediche a distanza. Durante una teleconsultazione, ai pazienti che sottopongono quesiti di salute acuti o generali viene data consulenza medica, assistenza e trattamento 24 ore su 24, 365 giorni all'anno.