

## Assicurazione della salute HMO

Regolamento complementare Assicurazione della salute HMO e Condizioni particolari d'assicurazione (CPA) per le assicurazioni complementari degli assicurati HMO

### Regolamento complementare Assicurazione della salute HMO

	Art.
<b>I. Disposizioni generali</b>	
Principi	1
Campo d'applicazione	2
<b>II. Rapporto d'assicurazione</b>	
Conclusione	3
Disdetta	4
<b>III. Premi e partecipazioni ai costi</b>	
Premi	5
Partecipazioni ai costi	6
<b>IV. Diritti e doveri degli assicurati HMO</b>	
Assistenza e trattamento da parte del medico HMO dell'organizzazione della salute HMO	7
Trattamenti d'urgenza	8
Trattamenti presso un medico specialista	9
Ricovero ospedaliero	10
Cure balneari	11
Obbligo di notifica in caso d'infortunio	12
Cambiamento dell'organizzazione della salute HMO	13
Diritto all'esame degli atti	14
<b>V. Disposizione finale</b>	
Entrata in vigore	15

### Condizioni particolari d'assicurazione (CPA) per le assicurazioni complementari degli assicurati HMO

<b>I. Disposizioni generali</b>	
Principi	1
Campo d'applicazione	2
<b>II. Prestazioni</b>	
Principi	3
<b>III. Premi e partecipazioni ai costi</b>	
Premi	4
Partecipazioni ai costi	5

### Regolamento complementare Assicurazione della salute HMO

#### I. Disposizioni generali

##### 1 Principi

1.1 L'assicurazione della salute HMO è una forma assicurativa particolare dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con scelta limitata dei fornitori di prestazioni. L'organizzazione della salute HMO garantisce l'assistenza e il trattamento globale per tutte le questioni attinenti la salute degli assicurati HMO.

1.2 Gli assicurati HMO si dichiarano disposti a recarsi per ogni tipo di trattamento o esame all'organizzazione della salute HMO designata o a farsi mandare da quest'ultima da terzi. In questo modo essi favoriscono il contenimento dei costi nel settore dell'assistenza medico-sanitaria.

1.3 Le prestazioni garantite dall'assicurazione della salute HMO si basano sull'entità delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, tenendo conto delle disposizioni restrittive valide per la riscossione delle prestazioni (art. 7ss.).

1.4 La protezione dei dati è garantita nell'assicurazione della salute HMO.

1.5 L'assicuratore ed il medico HMO devono fornirsi i dati necessari all'esecuzione di questa forma assicurativa particolare. Essi hanno il diritto reciproco di visionare l'insieme delle fatture ricevute. Tali dati sono sottoposti a valutazione nell'ambito dell'assicurazione della salute HMO. L'assicuratore può incaricare di tale valutazione un terzo specialista, nella misura in cui questi si sottometta agli obblighi riguardanti la protezione dei dati.

##### 2 Campo d'applicazione

2.1 Le disposizioni restrittive per la riscossione delle prestazioni, valide per l'assicurazione della salute HMO, si applicano, se coassicurate, anche ad eventuali assicurazioni complementari concluse presso l'assicuratore. Sono applicabili le relative condizioni d'assicurazione delle assicurazioni complementari.

2.2 Se le presenti disposizioni non contengono regolamentazioni divergenti, valgono le disposizioni degli statuti e del regolamento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dell'assicuratore.

## II. Rapporto d'assicurazione

### 3 Conclusione

3.1 La conclusione dell'assicurazione della salute HMO è possibile per tutti gli assicurati che hanno il loro domicilio di diritto civile nella zona regionale d'utenza del centro HMO corrispondente. La conclusione dell'assicurazione della salute HMO avviene sempre per il 1° del mese successivo.

3.2 Gli assicurati HMO scelgono un'organizzazione della salute HMO regionale al momento della conclusione dell'assicurazione della salute HMO, a condizione che ci sia una possibilità di scelta. Un successivo cambiamento dell'organizzazione della salute HMO è possibile (art. 13).

3.3 L'assicurazione della salute HMO non può essere stipulata se l'assistenza da parte dell'organizzazione della salute HMO non può essere garantita (p. es. se il medico HMO non può esercitare alcun influsso sul trattamento della persona assicurata).

### 4 Disdetta

4.1 Il passaggio ad un'altra forma d'assicurazione o ad un altro assicuratore può essere dichiarato per la fine di un anno civile rispettando un termine di preavviso di tre mesi.

4.2 In caso di partenza dalla zona d'utenza dell'organizzazione HMO, l'uscita dall'assicurazione della salute HMO ed il passaggio all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie avvengono per il 1° del mese successivo.

4.3 Se l'assistenza medica non può più essere garantita dall'organizzazione HMO scelta (p. es. se il medico HMO non può più esercitare alcun influsso sul trattamento medico di un assicurato), l'assicuratore ha il diritto di escludere gli assicurati HMO dall'assicurazione HMO per la fine di un mese civile, osservando un termine di 30 giorni. Ciò comporta automaticamente il passaggio all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie dell'assicuratore. Resta riservata la concessione di una futura conclusione dell'assicurazione della salute HMO. Tale regolamentazione vale anche per gli assicurati che soggiornano per più di tre mesi all'estero nonché in caso di ripetuta trasgressione regolamentare da parte degli assicurati.

## III. Premi e partecipazioni ai costi

### 5 Premi

Gli assicurati HMO ottengono uno sconto sul premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Determinante è la rispettiva tariffa dei premi in vigore.

### 6 Partecipazioni ai costi

L'addebito della franchigia e della partecipazione ai costi per trattamento ambulatoriale e stazionario, come pure l'addebito del contributo alle spese per degenza ospedaliera, avvengono in base alle disposizioni legali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ed alle relative condizioni d'assicurazione dell'assicuratore. Il premio HMO (premio ordinario meno lo sconto secondo l'art. 5) forma la base per il calcolo della riduzione del premio per le assicurazioni con franchigia opzionale.

## IV. Diritti e doveri degli assicurati HMO

### 7 Assistenza e trattamento da parte del medico HMO dell'organizzazione della salute HMO

7.1 Per qualsiasi trattamento, gli assicurati HMO si rivolgono sempre in primo luogo al loro medico HMO oppure al suo sostituto nell'organizzazione della salute HMO. Fanno eccezione i controlli ginecologici preventivi e l'assistenza ostetrica nonché le visite dall'oculista ai fini unici della prescrizione di occhiali o lenti a contatto. In caso di necessità il medico HMO provvede all'assistenza ed al trattamento adeguati da parte di altri medici o personale paramedico.

7.2 Se gli assicurati HMO si sottopongono, pur non trattandosi di un caso d'urgenza, direttamente a trattamenti ambulatoriali o stazionari non richiesti precedentemente dal loro medico HMO, tutte le spese inerenti vanno a loro carico.

7.3 Gli assicurati HMO sono tenuti a segnalare la loro assicurazione HMO al loro medico o terapeuta al quale si rivolgono al di fuori dell'organizzazione della salute HMO.

### 8 Trattamenti d'urgenza

8.1 In caso d'urgenza gli assicurati HMO si rivolgono alla loro organizzazione della salute HMO oppure, se questa non fosse raggiungibile, al pronto soccorso regionale del loro domicilio, rispettivamente del luogo di soggiorno.

8.2 Se il caso d'urgenza rende necessaria un'ospedalizzazione oppure un trattamento da parte del medico d'urgenza, gli assicurati HMO hanno il dovere di informare o di far informare al più presto l'organizzazione della salute HMO e di presentare un attestato del medico d'urgenza.

### 9 Trattamenti presso un medico specialista

Se gli assicurati HMO vengono inviati dal loro medico HMO da un medico specialista e quest'ultimo consiglia agli assicurati HMO una continuazione del trattamento oppure un intervento chirurgico, gli assicurati HMO hanno il dovere di informare o di far informare anticipatamente il loro medico HMO e di richiedere la sua autorizzazione.

- 10 Ricovero ospedaliero**  
I ricoveri in ospedale o in stabilimenti semistazionari devono avvenire tramite il medico HMO o con la sua autorizzazione (eccetto i trattamenti d'urgenza secondo l'art. 8). Il medico HMO accerta la necessità ospedaliera e fa ricoverare gli assicurati HMO in ospedale.
- 11 Cure balneari**  
I ricoveri in uno stabilimento di cura balneare devono avvenire tramite il medico HMO o con la sua autorizzazione, premesso che si voglia far uso del diritto alle prestazioni d'assicurazione.
- 12 Obbligo di notifica in caso d'infortunio**  
Gli assicurati HMO devono informare il loro medico HMO sugli infortuni da loro subiti e sulle cure che si sono rese necessarie, anche quando tali sinistri sono coperti da un'assicurazione contro gli infortuni secondo la Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF).
- 13 Cambiamento dell'organizzazione della salute HMO**  
In casi giustificati, gli assicurati HMO possono cambiare la loro organizzazione della salute HMO per il 1° del mese successivo. Gli assicurati ne danno rispettiva comunicazione all'organizzazione della salute HMO alla quale avevano aderito fino allora e all'assicuratore.
- 14 Diritto all'esame degli atti**  
Concludendo l'assicurazione della salute HMO, gli assicurati HMO autorizzano il loro medico HMO alla visione di tutti i dati relativi ai trattamenti ed alle fatture della loro assistenza medica. In caso di cambiamento della loro organizzazione della salute HMO, gli assicurati acconsentono alla trasmissione di tali informazioni alla nuova organizzazione della salute HMO e esonerano a tal proposito il medico HMO dal segreto professionale.

## V. Disposizione finale

- 15 Entrata in vigore**
- 15.1 Il presente regolamento complementare è stato deliberato dal Consiglio d'amministrazione il 25 ottobre 1996 ed entra in vigore il 1° gennaio 1997.
- 15.2 Le modifiche del 27 ottobre 2000 (art. 1.4, 1.5, 3.3, 4.1, 4.3, 7.1, 7.3, 12, 15) entrano in vigore il 1° gennaio 2001.
- 15.3 La modifica del 19 settembre 2003 (art. 4.1) entra in vigore il 1° ottobre 2003.
- 15.4 Le modifiche del 16 settembre 2005 (art. 3.1, 4.2 e 11) entrano in vigore il 1° gennaio 2006.

- 15.5 Le modifiche del 4 maggio 2007 (utilizzo del nuovo termine «organizzazione della salute HMO» in tutto il regolamento complementare) entrano in vigore con effetto retroattivo il 1° gennaio 2007.

### Si prega di osservare quanto segue:

Gli assicurati dell'assicurazione della salute HMO hanno la possibilità di concludere presso la CONCORDIA Assicurazioni SA delle assicurazioni complementari secondo la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). Per le assicurazioni complementari di assicurati HMO valgono sempre oltre alle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) ed alle Condizioni complementari d'assicurazione (CCA) anche le Condizioni particolari d'assicurazione (CPA) indicate qui di seguito.

## Condizioni particolari d'assicurazione (CPA) per le assicurazioni complementari degli assicurati HMO

### I. Disposizioni generali

#### 1 Principi

1.1 Gli assicurati dell'assicurazione della salute HMO hanno la possibilità di concludere delle assicurazioni complementari. Le assicurazioni complementari in aggiunta all'assicurazione della salute HMO possono tuttavia essere concluse solo in connessione a una già esistente assicurazione della salute HMO presso la CONCORDIA Assicurazione svizzera malattie e infortuni SA o presso un assicuratore che fornisce le assicurazioni complementari della CONCORDIA Assicurazioni.

1.2 Le assicurazioni complementari degli assicurati HMO sono considerate forme assicurative particolari con scelta limitata dei fornitori di prestazioni. I diritti e i doveri applicabili all'assicurazione della salute HMO valgono in modo imperativo anche per le assicurazioni complementari. Nel caso di passaggio all'assicurazione obbligatoria delle cure medicosanitarie, i particolari diritti e doveri degli assicurati HMO vengono a cadere.

#### 2 Campo d'applicazione

Se le presenti Condizioni particolari d'assicurazione (CPA) non contengono regolamentazioni divergenti, valgono le disposizioni del Regolamento complementare Assicurazione della salute HMO nonché le relative Condizioni generali e complementari d'assicurazione (CGA, CCA) per le assicurazioni complementari.

### II. Prestazioni

#### 3 Principi

3.1 Le prestazioni delle assicurazioni complementari HMO si basano sulle Condizioni complementari d'assicurazione (CCA) in vigore della relativa assicurazione complementare.

3.2 Le disposizioni restrittive per la riscossione delle prestazioni risp. per la scelta dei fornitori di prestazioni (art. 7 - 13 del Regolamento complementare Assicurazione della salute HMO) valgono anche per la riscossione di prestazioni delle assicurazioni complementari degli assicurati HMO.

### III. Premi e partecipazioni ai costi

#### 4 Premi

Gli assicurati HMO ottengono uno sconto sul premio dell'assicurazione complementare conclusa. Determinante è la rispettiva tariffa dei premi in vigore.

#### 5 Partecipazioni ai costi

L'addebito di franchigie e partecipazioni ai costi per trattamento ambulatoriale e stazionario avviene in base alle Condizioni generali e complementari d'assicurazione (CGA, CCA) per le assicurazioni complementari.



CONCORDIA  
Bundesplatz 15  
6002 Lucerna  
Telefono +41 41 228 01 11  
www.concordia.ch  
info@concordia.ch