

Condizioni speciali di assicurazione

Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie

Modello FeminaVita

Edizione 01.2026

TITOLO 1 – BASI CONTRATTUALI E DIRITTO APPLICABILE

Il modello FeminaVita è una forma particolare dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie che prevede una limitazione nella scelta dei fornitori di prestazioni ai sensi della Legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal) e dell'Ordinanza del 27 giugno 1995 sull'assicurazione malattie (OAMal).

Il modello FeminaVita è disciplinato dalla Legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA), dalla LAMal, dalle relative ordinanze di applicazione, dalle Condizioni generali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione facoltativa di indennità giornaliera ai sensi della LAMal nonché dalle presenti Condizioni speciali di assicurazione.

Sottoscrivendo il modello FeminaVita, l'assicurato accetta, in caso di problemi di salute e prima di sottoporsi a qualsiasi trattamento medico ambulatoriale o stazionario, di rivolgersi in prima istanza a uno dei punti di contatto di primo ricorso, scegliendo tra

- il Centro di telemedicina o
- il proprio Medico di famiglia.

TITOLO 2 – FORME DI ASSICURAZIONE

CAPITOLO 1 – ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE

Articolo 1 – Campo delle prestazioni

L'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assume i costi delle prestazioni definite agli articoli da 24 a 31 LAMal tenendo conto delle condizioni di cui agli articoli da 32 a 34 LAMal.

Articolo 2 – Franchigia

2.1 Per anno civile e fino a un massimo di CHF 300, l'assicurato assume una parte iniziale (franchigia) dei costi fatturati per le prestazioni che gli sono state fornite.

2.2 L'assicurato minorenne non è tenuto al pagamento di una franchigia.

2.3 Sono fatte salve le disposizioni speciali di cui al capitolo 2 qui di seguito.

2.4 La franchigia non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

2.5 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dalla franchigia in caso di ricorso a prestazioni generali.

Articolo 3 – Aliquota percentuale

3.1 L'assicurato deve assumersi il 10% dei costi eccedenti l'importo della franchigia.

3.2 L'importo massimo annuo dell'aliquota percentuale ammonta a CHF 700 per gli adulti e a CHF 350 per i minorenni.

3.3 L'aliquota percentuale non è esigibile in caso di prestazioni specifiche di maternità.

3.4 Dalla tredicesima settimana di gravidanza fino a otto settimane dopo il parto, le donne sono esentate dall'aliquota percentuale in caso di ricorso a prestazioni generali.

Articolo 4 – Partecipazione massima dell'assicurato

4.1 Più minorenni della stessa famiglia assicurati presso Assura-Basis SA (qui di seguito «Assura») pagano complessivamente al massimo l'importo della franchigia e dell'aliquota percentuale previsto per un adulto.

4.2 Se la sottoscrizione della presente categoria di assicurazione avviene nel corso dell'anno civile, Assura computa all'assicurato la franchigia e l'aliquota percentuale già fatturate dall'altro assicuratore per lo stesso anno. Se franchigia e aliquota percentuale non sono state fatturate, tale computo sarà effettuato in base alla prova addotta dall'assicurato.

4.3 Per la riscossione della franchigia e dell'aliquota percentuale sono determinanti le date in cui sono state fornite le prestazioni.

Articolo 5 – Prestazioni

5.1 Sulla base delle tariffe e della legislazione applicabili, Assura assume i costi delle prestazioni ambulatoriali e ospedaliere fornite o prescritte da fornitori di prestazioni autorizzati a praticare ai sensi della LAMal.

5.2 Sono fatte salve le disposizioni speciali di cui al capitolo 3 qui di seguito.

CAPITOLO 2 – ASSICURAZIONE OBBLIGATORIA DELLE CURE MEDICO-SANITARIE CON FRANCHIGIA OPZIONALE

Articolo 6 – Diritto applicabile

Le disposizioni di cui sopra si applicano anche all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con franchigia opzionale, fatte salve le regole particolari definite al presente capitolo 2.

Articolo 7 – Scopo

Allo scopo di ridurre il premio dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Assura offre ai propri assicurati la possibilità di optare per franchigie più elevate conformemente alle seguenti disposizioni.

Articolo 8 – Scelta della franchigia

8.1 Per anno civile e fino a un importo massimo fissato secondo i limiti seguenti, l'assicurato assume una parte iniziale (franchigia) dei costi fatturati per le prestazioni fornite.

8.2 La franchigia per un adulto e/o un giovane adulto può essere fissata a CHF 500, CHF 1'000, CHF 1'500, CHF 2'000 o CHF 2'500.

8.3 La franchigia per un minorenne può essere fissata a CHF 100, CHF 200, CHF 300, CHF 400, CHF 500 o CHF 600.

Articolo 9 – Adesione e uscita, cambio di franchigia

9.1 Tutti gli assicurati possono aderire all'assicurazione con franchigie opzionali. L'assicurato può passare a una franchigia più elevata solo per l'inizio di un anno civile.

9.2 Il passaggio a una franchigia più bassa o a un'altra forma di assicurazione, così come il cambio di assicuratore, sono possibili per la fine di un anno civile e con un termine di preavviso di tre mesi.

9.3 Al momento della notifica del nuovo premio, il termine di preavviso è di un mese per la fine del mese che precede la validità del nuovo premio.

CAPITOLO 3 – MODELLO FEMINAVITA

Articolo 10 – Principi del modello

Sottoscrivendo il modello FeminaVita, l'assicurato **accetta**, in caso di problemi di salute e prima di sottoporsi a qualsiasi trattamento medico ambulatoriale o stazionario, **di rivolgersi in prima istanza a uno dei punti di contatto di primo ricorso di cui all'articolo 12.**

Articolo 11 – Professionisti coinvolti

11.1 Centro di telemedicina

Ai sensi delle presenti condizioni, per «Centro di telemedicina» si intende una società specializzata in medicina a distanza designata da Assura come contatto di primo ricorso e i cui dati di contatto figurano sul sito internet di Assura.

11.2 Medico di famiglia

11.2.1 Ai sensi delle presenti condizioni, per «Medico di famiglia» si intende qualsiasi medico autorizzato a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e di cui l'assicurato ha precedentemente comunicato i dati di contatto ad Assura.

11.2.2 Il cambio del Medico di famiglia deve essere comunicato dall'assicurato ad Assura prima di qualsiasi consulto presso il nuovo Medico di famiglia.

11.3 Specialista

Ai sensi delle presenti condizioni, per «Specialista» si intende qualsiasi medico con una formazione postuniversitaria riconosciuta in una specializzazione medica ai sensi della Legge sulle professioni mediche (LPMed) nonché gli ospedali e le cliniche presso le quali egli esercita.

Articolo 12 – Obblighi dell'assicurato

12.1 Principi dell'assicurazione

L'assicurato, o il suo rappresentante legale, si impegna, in caso di problemi di salute e prima di sottoporsi a qualsiasi trattamento medico ambulatoriale o stazionario, a rivolgersi in prima istanza a uno dei punti di contatto di primo ricorso, scegliendo tra

- il Centro di telemedicina o
- il proprio Medico di famiglia.

12.2 Centro di telemedicina

12.2.1 Il Centro di telemedicina fornisce all'assicurato un consulto medico e, se necessario, lo indirizza a un altro fornitore di prestazioni.

12.2.2 Dopo il consulto ottenuto dal Centro di telemedicina, per lo stesso problema di salute l'assicurato può scegliere liberamente, entro i limiti delle disposizioni previste dalla LAMal, il fornitore di prestazioni o lo Specialista che prosegua con il trattamento per un periodo di tempo stabilito dal Centro di telemedicina. **Se per il problema di salute in questione la durata del trattamento dovesse essere superiore rispetto a quella definita, l'assicurato dovrà nuovamente rivolgersi al Centro di telemedicina.**

12.2.3 All'assicurato non è fatturato il consulto fornito dal Centro di telemedicina in qualità di contatto di primo ricorso.

12.3 Medico di famiglia

Il Medico di famiglia stabilisce se può continuare lui stesso il trattamento o se è necessario indirizzare l'assicurato a un altro fornitore di prestazioni o a uno Specialista. In quest'ultimo caso, l'assicurato si impegna a chiedere al proprio Medico di famiglia un avviso di delega, debitamente compilato, datato e firmato e a trasmetterlo quanto prima ad Assura. Dopo il consulto ottenuto dal proprio Medico di famiglia, per lo stesso problema di salute l'assicurato può scegliere liberamente, entro i limiti delle disposizioni della LAMal, il fornitore di prestazioni o lo Specialista che prosegua con il trattamento.

12.4 Eccezioni

12.4.1 I consulti ambulatoriali di oftalmologia, di pediatria per i minorenni e di ginecologia non sono soggetti agli obblighi di cui all'articolo 12.

12.4.2 L'assicurato non è soggetto agli obblighi di cui all'articolo 12 in caso di urgenza accertata verificatasi in Svizzera o all'estero.

12.4.3 Un'urgenza sussiste nel momento in cui l'assicurato si trova in una situazione tale per cui la sua vita è messa in pericolo o quando necessita di un trattamento medico immediato.

Articolo 13 – Raccomandazioni mediche e prestazioni senza franchigia

13.1 Raccomandazioni mediche

13.1.1 L'assicurato accetta che i contatti di primo ricorso di cui all'articolo 12 o gli eventuali altri fornitori di prestazioni coinvolti gli forniscano raccomandazioni mediche a scopo di promozione della salute e prevenzione.

13.1.2 Tali raccomandazioni possono essere fornite puntualmente, sulla base di criteri medici definiti dai contatti di primo ricorso di cui all'articolo 12 o dagli eventuali altri fornitori di prestazioni coinvolti.

13.1.3 L'assicurato non è obbligato a seguire tali raccomandazioni.

13.2 Prestazioni senza franchigia

Assura può decidere di rinunciare alla riscossione della franchigia per determinate prestazioni elencate in una lista disponibile sul sito internet di Assura e alle condizioni in questa stabilite. Assura può modificare tale lista all'inizio di ogni anno civile.

Articolo 14 – Sanzioni

Qualora l'assicurato venga meno ai doveri derivanti dal precedente articolo 12, Assura gli invierà un richiamo. Per ogni ulteriore violazione degli obblighi nel corso dello stesso anno civile, Assura rifiuterà l'assunzione dei costi.

Articolo 15 – Adesione al modello FeminaVita

15.1 Il modello FeminaVita può essere sottoscritto da chiunque sia domiciliato in una regione di premio in cui Assura propone tale modello.

15.2 Un assicurato domiciliato in una regione di premio in cui Assura propone il modello FeminaVita e titolare del modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) può passare in qualsiasi momento al modello FeminaVita con effetto dal 1° giorno del mese seguente alla richiesta.

Articolo 16 – Uscita dal modello FeminaVita

16.1 Assura può sopprimere o modificare il modello FeminaVita per la fine di un anno civile. In caso di soppressione, l'assicurato sarà trasferito dal 1° gennaio dell'anno successivo a un altro modello di assicurazione (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie), senza modifica della franchigia, o, se ne fa richiesta, a uno di sua scelta tra quelli proposti da Assura. È fatto salvo il diritto dell'assicurato di disdire conformemente all'articolo 7 LAMal.

16.2 Trasferendo il suo domicilio in una regione di premio in cui Assura non propone il modello FeminaVita, l'assicurato passa automaticamente e senza modifica della franchigia al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) o, se ne fa richiesta, a uno di sua scelta tra quelli proposti da Assura.

16.3 In caso di ammissione in una casa di cura o per anziani, di incarcerazione in uno stabilimento penitenziario, di ricovero prolungato in ospedale o in qualsiasi altra situazione simile, l'assicurato può richiedere per iscritto ad Assura di essere trasferito senza modifica della franchigia al modello Basis (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) con

effetto retroattivo dal 1° giorno del mese in cui si verifica tale evento.

Articolo 17– Trattamento dei dati

17.1 Principio

Assura tratta solo i dati necessari segnatamente al calcolo e alla riscossione dei premi, alla valutazione del diritto alle prestazioni assicurative, alla gestione delle richieste di rimborso delle prestazioni, alla rivendicazione di diritti di regresso nei confronti del terzo responsabile e all'elaborazione di statistiche.

17.2 Dati comunicati al Centro di telemedicina

Assura trasmette regolarmente al Centro di telemedicina un elenco aggiornato degli assicurati che hanno sottoscritto il modello assicurativo FeminaVita, indipendentemente dal verificarsi di un caso assicurativo. Tale trasmissione ha per scopo di consentire al Centro di telemedicina di verificare la copertura assicurativa. La trasmissione di dati riguarda esclusivamente quelli necessari all'identificazione dell'assicurato e all'accertamento della sua copertura assicurativa, fatta eccezione per i dati sanitari. La trasmissione può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

17.3 Scambio di dati in relazione a un caso assicurativo

17.3.1 Sottoscrivendo il modello FeminaVita, l'assicurato acconsente che Assura, il Centro di telemedicina, il Medico di famiglia e gli altri fornitori di prestazioni interessati si scambino, nel rispetto delle disposizioni sulla protezione dei dati, le informazioni necessarie al fine di garantire un coordinamento ottimale nell'ambito del modello in questione.

17.3.2 L'assicurato autorizza il Centro di telemedicina e il Medico di famiglia a trasmettere le informazioni mediche necessarie allo Specialista o al fornitore di prestazioni scelto dall'assicurato stesso.

17.3.3 Al fine di verificare l'adempimento delle condizioni di assicurazione del modello FeminaVita da parte dell'assicurato, il Centro di telemedicina trasmette ad Assura i dati necessari a tale verifica.

17.3.4 I colloqui telefonici sono registrati e archiviati dal Centro di telemedicina. In caso di controversia, le registrazioni possono essere utilizzate come mezzo probatorio e, se del caso, presentate alle autorità giudiziarie competenti. In assenza di una procura specifica rilasciata dall'assicurato, Assura non ha alcun accesso diretto a queste informazioni.

17.3.5 La trasmissione dei dati prevista nelle precedenti disposizioni tra Assura, il Centro di telemedicina, il Medico di famiglia e gli altri fornitori di prestazioni interessati può avvenire tramite terzi, in particolare attraverso l'utilizzo di una soluzione digitale gestita da terzi.

Articolo 18 – Responsabilità

Assura declina qualsiasi responsabilità medica.

TITOLO 3 – ENTRATA IN VIGORE

Le presenti condizioni entrano in vigore il 1° gennaio 2026.

Assura-Basis SA