

Favorit Telmed

Condizioni complementari (CC) per assicurazioni con scelta limitata del fornitore di prestazioni secondo LAMal

Edizione 2026, in vigore dal 01.01.2026

SWICA

Condizioni complementari Favorit Telmed

Per le presenti CC trovano piena applicazione le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per l'assicurazione delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione d'indennità giornaliera secondo LAMal. Nel caso di eventuali contraddizioni le CC prevalgono sulle CGA.

I. In generale

Art. 1 Stipulazione dell'assicurazione, modifica del modello d'assicurazione e premi

1. Le persone che adempiono le disposizioni legali d'ammissione possono stipulare questo modello d'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni (forma particolare d'assicurazione). Sono riservate disposizioni di legge speciali e il trasferimento in caso di comportamento in violazione del contratto. In determinate circostanze le forme particolari d'assicurazione non possono essere offerte in tutte le regioni.
2. Se nel modello d'assicurazione scelto le cure mediche non possono più essere dispensate dal fornitore di prestazioni selezionato per motivi imputabili alla persona assicurata (ad esempio trasferimento della persona assicurata in casa di cura, soggiorno all'estero), l'assicuratore ha la facoltà, nel rispetto di un termine di 30 giorni, di trasferire la persona assicurata nell'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie per l'inizio di un mese civile.
3. Se la persona assicurata lascia il territorio d'attività del modello d'assicurazione scelto, l'assicuratore la trasferisce nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie ordinaria da lui offerta per l'inizio del mese successivo al cambiamento di domicilio. Il trasferimento fuori dal territorio d'attività del modello d'assicurazione scelto deve essere comunicato all'assicuratore entro un mese. Nel caso di trasferimento di domicilio nel territorio d'attività di un altro modello d'assicurazione con scelta limitata, le persone assicurate hanno il diritto di aderire all'altro modello d'assicurazione.

4. Se il modello d'assicurazione scelto non viene più offerto, la persona assicurata viene automaticamente trasferita in un modello d'assicurazione comparabile con scelta limitata del fornitore di prestazioni o, in mancanza di un modello d'assicurazione comparabile, nel modello ordinario dell'assicuratore, mantenendo la franchigia scelta. La persona assicurata può inoltre esercitare il diritto di disdetta ai sensi dell'art. 7 LAMal o scegliere un altro modello d'assicurazione offerto dall'assicuratore, nel rispetto dei termini previsti dalla legge.
5. Le persone assicurate che scelgono una forma d'assicurazione particolare possono beneficiare di riduzioni dei premi.

Art. 2 Eccezioni alla scelta limitata del fornitore di prestazioni

Per i seguenti trattamenti e visite mediche, in tutte le forme particolari d'assicurazione, vige la libera scelta del fornitore di prestazioni, salvo eventuali disposizioni contrarie nelle corrispondenti Condizioni complementari:

- a) visite e cure ginecologiche
- b) visite dal pediatra fino a 18 anni d'età
- c) visite oculistiche presso medici specialisti in oftalmologia
- d) soggiorni all'estero limitati ad un massimo di sei mesi
- e) casi di pronto soccorso

Se dopo una consultazione d'emergenza dovessero essere necessarie altre visite mediche di controllo o trattamenti successivi, questi devono essere eseguiti nell'ambito della scelta limitata del fornitore di prestazioni della corrispondente forma assicurativa.

Art. 3 Conseguenze di un comportamento in violazione del contratto

1. In caso di violazione degli obblighi previsti dalla forma particolare d'assicurazione, l'assicuratore può ridurre le prestazioni al 50 per cento dell'importo del rimborso (previa deduzione della partecipazione ai costi di legge).
2. In caso di ripetuta violazione del contratto, la persona assicurata viene trasferita dalla forma assicurativa particolare all'assicurazione delle cure medico-sanitarie ordinaria, con effetto dall'inizio del mese immediatamente successivo alla comunicazione.
3. Un nuovo passaggio ad una forma particolare d'assicurazione sarà possibile solo 12 mesi dopo il trasferimento e ciò per il successivo anno civile.

Art. 4 Misure di cure integrate e care management

La persona assicurata che soffre di una malattia specifica (in particolare malattie croniche o potenzialmente croniche), su richiesta dell'assicuratore è tenuta a seguire misure speciali di cure integrate. Tali misure possono essere, ad esempio, programmi di disease management o di care management per malattie croniche, assistenza della persona assicurata da parte del care management o la scelta di particolari fornitori di prestazioni. I programmi e i fornitori di prestazioni che li applicano sono indicati dall'assicuratore. Il consenso alla partecipazione ai programmi di cure integrate e di care management è concordato in forma scritta con la persona assicurata.

II. Campo d'applicazione

Art. 5 Scopo e percorsi terapeutici

1. L'assicurazione delle cure medico-sanitarie Favorit Telmed è una forma particolare di assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni.
2. Le persone assicurate con Favorit Telmed accettano di avvalersi della consulenza dello studio medico online santé24 come primo punto di contatto o di utilizzare un'applicazione digitale per il controllo dei sintomi (di seguito «l'app SymptomCheck»).
3. L'assicuratore è SWICA Assicurazione malattia SA.
4. Favorit Telmed si basa sul principio della consulenza da parte di santé24 o dell'utilizzo dell'app SymptomCheck prima della consultazione presso un fornitore di prestazioni. Con Favorit Telmed l'assicuratore paga le prestazioni assicurative previste per legge, in particolare per trattamenti e visite mediche ambulatoriali e stazionari, a condizione che prima della visita medica o in ospedale sia avvenuta una consulenza con santé24 o sia stata consultata l'app SymptomCheck. La decisione su come procedere in seguito spetta alla persona assicurata. I trattamenti e le visite mediche devono essere effettuati da un fornitore di prestazioni riconosciuto (medico, ospedale, farmacia, ecc.).
5. Per ogni nuovo problema di salute o in caso di ricomparsa di un problema di salute dopo il completamento di cure o di un esame, prima di consultare un medico o l'ospedale la persona assicurata si rivolge sempre prima a santé24 o consulta l'app SymptomCheck (eccezioni secondo l'art. 2). Le consultazioni possono anche essere effettuate da terzi, in rappresentanza della persona assicurata e con il suo esplicito consenso.
6. Se a seguito di un trattamento di pronto soccorso dovesse essere necessaria una visita di controllo, si deve prima parlarne con santé24.
7. Ricoveri in ospedale e cliniche diurne, ad eccezione dei casi d'emergenza, devono prima essere concordati con santé24.
8. In aggiunta alle eccezioni citate all'art. 2, per consultazioni di controllo e cure successive per le quali è già avvenuto un colloquio di consulenza con santé24 non è necessario consultare santé24 per un periodo di sei mesi.
9. L'obbligo di consultare precedentemente santé24 o l'app SymptomCheck vale anche, in deroga alle eccezioni generali, per le e gli adolescenti a partire dai 16 anni compiuti per le visite dal pediatra.

Art. 6 Partecipazione ai costi

La partecipazione ai costi è disciplinata dall'art. 20 CGA e dalle disposizioni di legge. Secondo le informazioni su Favorit Telmed pubblicate sul sito internet dell'assicuratore, quest'ultimo può rinunciare in tutto o in parte alla riscossione di una partecipazione ai costi.

Art. 7 Protezione dei dati

1. santé24 è uno dei primi punti di contatto secondo l'art. 5 punto 2 CC. Può essere contattata telefonicamente o per iscritto tramite l'apposito canale digitale. La persona assicurata non è obbligata a seguire le eventuali raccomandazioni fornite da santé24.

Con la stipulazione del modello d'assicurazione Favorit Telmed, la persona assicurata autorizza santé24 ad accedere ai dati di diagnosi, trattamenti e fatture relativi alla sua assistenza medica necessari per questo modello d'assicurazione. Questa forma assicurativa richiede inoltre uno scambio di dati tra santé24, l'assicuratore ed eventuali fornitori di prestazioni terzi. Si tratta di dati relativi alle fatture della persona assicurata. Questi dati sono comunicati in particolare a specialisti, ospedali e ad altre persone e istituzioni coinvolte nella fornitura di prestazioni mediche e organizzative ai fini dell'esecuzione del contratto d'assicurazione.

La consulenza offerta da santé24 è gratuita. La persona assicurata paga per la chiamata l'usuale tariffa telefonica. Le informazioni inviate per via elettronica dalla persona assicurata e i colloqui telefonici sono registrati e archiviati da santé24 conformemente alle disposizioni in vigore in materia di protezione dei dati. In caso di controversia le informazioni e le registrazioni possono essere invocate come elementi di prova. Senza l'autorizzazione della persona assicurata, l'assicuratore non ha accesso a questi dati.

2. L'applicazione digitale SymptomCheck, offerta dallo studio medico online santé24, è uno dei primi punti di contatto ai sensi dell'art. 5 n. 2 CC e fornisce raccomandazioni su come procedere in caso di problemi di salute. La persona assicurata deve rispondere alle domande pertinenti sul proprio stato di salute nell'app SymptomCheck e poi confermare la trasmissione dei dati a santé24. La persona assicurata non è obbligata a seguire le raccomandazioni dell'app SymptomCheck né quelle fornite da santé24 nell'ambito di una consulenza successiva. Nessun dato viene trasferito a santé24 senza il consenso della persona assicurata. Se la persona assicurata decide di non trasmettere i dati tramite l'app, deve contattare santé24 telefonicamente o tramite il canale digitale per rispettare il percorso di cura previsto dal modello d'assicurazione. L'utilizzo dell'app SymptomCheck è gratuito.

Per utilizzare l'app SymptomCheck, la persona assicurata deve installare l'applicazione su un dispositivo mobile compatibile (ad esempio uno smartphone). Al momento della registrazione deve fornire i suoi dati di base, in particolare ai fini dell'identificazione in quanto persona assicurata e successivamente per l'identificazione da parte di santé24, in modo da consentire la creazione di un account utente nell'app SymptomCheck. La persona assicurata può richiedere questi dati a SWICA al momento della prima configurazione dell'app SymptomCheck. Quando si utilizza l'app SymptomCheck, vengono raccolti solo i dati che la persona assicurata stessa inserisce nell'applicazione. Per consentire all'app SymptomCheck di offrire raccomandazioni su come procedere, la persona assicurata deve fornire il maggior numero possibile di dettagli sulle proprie condizioni e sui propri problemi di salute. È possibile che vengano raccolti dati degni di particolare protezione, come quelli concernenti la salute o la sfera intima.

Ulteriori informazioni sul trattamento dei dati sono contenute nelle condizioni di utilizzo e nelle disposizioni sulla protezione dei dati dell'app SymptomCheck.