

FAVORIT MULTICHOICE

CONDIZIONI COMPLEMENTARI (CC) PER ASSICURAZIONI CON SCELTA LIMITATA DEL FORNITORE DI PRESTAZIONI SECONDO LAMAL.

Edizione 2025, valide dal 01.01.2025

CONDIZIONI COMPLEMENTARI FAVORIT MULTICHOICE.

Per le presenti CC sono completamente applicabili le condizioni generali d'assicurazione per l'assicurazione delle cure medico-sanitarie e l'assicurazione d'indennità giornaliera secondo LAMal (CGA). Nel caso di eventuali contraddizioni le CC precedono le 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 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, c'è 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 (dopo 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 attersi alla 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 MULTICHOICE è una forma di assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni.
2. Prima di ogni trattamento o visita medica, le persone assicurate con FAVORIT MULTICHOICE si dichiarano disposte a richiedere una consulenza in una farmacia partner, a consultare santé24 o a utilizzare un'applicazione digitale per il controllo dei sintomi (di seguito «l'app SymptomCheck»).
3. L'assicuratore è SWICA Assicurazione malattia SA.
4. FAVORIT MULTICHOICE si basa sul principio della consulenza di una farmacia partner, della consulenza di santé24 o dell'utilizzo dell'app SymptomCheck prima della consultazione presso un fornitore di prestazioni dell'elenco MULTICHOICE. Nell'ambito di FAVORIT MULTICHOICE l'assicuratore paga le prestazioni assicurative previste per legge, in particolare per trattamenti e visite mediche in regime ambulatoriale e stazionario a condizione che, prima di una visita medica o in ospedale, abbia avuto luogo una consulenza presso una farmacia partner, una consulenza fornita da santé24 o la consultazione dell'app SymptomCheck. Le visite mediche e i trattamenti devono essere effettuati da un fornitore di prestazioni autorizzato secondo l'elenco MULTICHOICE (medico, ospedale, farmacia ecc.).
5. Per i trattamenti e le visite nonché per l'acquisto di medicinali, la persona assicurata sceglie un fornitore di prestazioni dall'elenco MULTICHOICE.
6. In deroga all'art. 2, per visite e trattamenti di ginecologia, oculistica e pediatria la persona assicurata sceglie un fornitore di prestazioni dall'elenco MULTICHOICE. In precedenza non è necessario consultare una farmacia partner né santé24 e tanto meno l'app SymptomCheck.

ART. 6 PROTEZIONE DEI DATI

1. santé24 è uno dei primi punti di contatto secondo l'art. 5 n. 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 MULTICHOICE, 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 (come ad esempio medici e ospedali). 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 fornita da santé24 è gratuita. La persona assicurata si fa carico del costo della telefonata alla tariffa telefonica abituale. santé24 registra e archivia le conversazioni telefoniche. In caso di controversia, le registrazioni possono essere invocate come elementi di prova. Senza la procura conferita dalla persona assicurata, l'assicuratore non ha accesso a tali informazioni.

2. L'applicazione digitale SymptomCheck, offerta dal partner di telemedicina 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 rivolgersi anche a un altro primo punto di contatto ai sensi dell'art. 5 n. 2 CC per rispettare il percorso di trattamento del 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 da parte di santé24, in modo da poter creare 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 inserisce nell'applicazione stessa. Per consentire all'app SymptomCheck di fornire 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.