

FAVORIT MULTICHOICE

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

Edizione 2023, valide dal 01.01.2023

CONDIZIONI COMPLEMENTARI FAVORIT MULTICHOICE.

Per le presenti CC sono completamente applicabili le condizioni generali d'assicurazione per l'assicurazione di cura medica 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 DELLA VARIANTE ASSICURATIVA E PREMI

1. Le persone che adempiono le disposizioni legali d'ammissione e che hanno il loro domicilio civile in una zona d'attività delle assicurazioni con scelta limitata del fornitore di prestazioni (forme particolari d'assicurazione) possono stipulare queste varianti 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, nella variante assicurativa scelta, non è più possibile il trattamento medico da parte del fornitore di prestazioni scelto (ad esempio trasferimento della persona assicurata in casa di cura, soggiorno all'estero), l'assicuratore è autorizzato, rispettando un termine di 30 giorni, per il primo di un mese civile, a trasferire la persona assicurata nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie ordinaria (offerta dall'assicuratore).
3. Se la persona assicurata si trasferisce al di fuori del territorio d'attività della variante assicurativa scelta, per l'inizio del mese successivo al cambiamento di domicilio, l'assicuratore lo trasferisce nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie ordinaria da lui offerta. Il trasferimento fuori dal territorio d'attività della variante assicurativa scelta, deve essere comunicato all'assicuratore entro un mese. Nel caso di trasferimento di domicilio in un territorio d'attività di un'altra variante assicurativa con scelta limitata, le persone assicurate hanno il diritto di aderire all'altro modello assicurativo con scelta limitata del fornitore di prestazioni.
4. Se il fornitore di prestazioni scelto per la variante assicurativa adottata scioglie il contratto con l'assicuratore, le persone assicurate interessate, entro un termine di 30 giorni dalla comunicazione scritta, possono scegliere liberamente un altro fornitore di prestazioni nell'ambito della variante assicurativa scelta oppure di passare all'assicurazione malattia ordinaria dell'assicuratore. Se entro il termine fissato, non viene comunicata la scelta del nuovo fornitore di prestazioni, per l'inizio del mese successivo l'assicurato viene automaticamente trasferito nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie ordinaria dell'assicuratore.
5. Nel caso di scioglimento del contratto tra l'assicurato e il fornitore di prestazioni, risp. la sua rete, la variante assicurativa termina per la fine dell'anno. In mancanza di una comunicazione relativa al cambiamento per una forma particolare di assicurazione, secondo l'art. 11, cpv. 2 delle CGA, la persona assicurata viene trasferita automaticamente nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie ordinaria dell'assicuratore per il 1° gennaio dell'anno successivo.
6. Le persone assicurate che scelgono una forma d'assicurazione particolare ricevono una riduzione sui 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 ginecologiche e trattamenti
- 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 gestione disease o programmi di care management per malattie croniche, assistenza dell'assicurato da parte del care management o attenersi alla scelta di speciali 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 del care management è concordato in forma scritta con la persona assicurata.

II. CAMPO D'APPLICAZIONE

ART. 5 OGGETTO

1. L'assicurazione delle cure medico-sanitarie FAVORIT MULTICHOICE è una forma di assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni.
2. Le persone assicurate con FAVORIT MULTICHOICE si dichiarano disposte a scegliere come primo contatto tra una consulenza presso una farmacia partner, un colloquio telefonico di consulenza con santé24 o la consultazione di un'applicazione digitale SymptomCheck («applicazione SymptomCheck»).
3. L'assicuratore è SWICA Assicurazione malattia SA.
4. FAVORIT MULTICHOICE si basa sul principio secondo cui la consultazione di un fornitore di prestazioni in base all'elenco MULTICHOICE è preceduta da una consulenza presso una farmacia partner, una consulenza santé24 o la consultazione di un'applicazione SymptomCheck. 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 telefonica fornita da santé24 o la consultazione di un'applicazione SymptomCheck e che le relative raccomandazioni siano state osservate. 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'applicazione SymptomCheck.

7. Con la stipulazione del modello assicurativo FAVORIT MULTICHOICE, la persona assicurata si dichiara d'accordo di permettere di prendere visione a santé24 dei dati di diagnosi, trattamenti e fatture relativi alla sua assistenza medica, necessari per questo modello assicurativo. 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 tra specialisti, ospedali e altri fornitori di prestazioni in ambito medico o organizzativo coinvolti e istituzioni allo scopo di gestire il contratto d'assicurazione.
8. L'applicazione SymptomCheck fornisce raccomandazioni ed è gratuita. La consulenza offerta da santé24 è gratuita. La persona assicurata paga per la chiamata l'usuale tariffa telefonica. All'esecuzione di ogni SymptomCheck la persona assicurata decide se concedere o meno a santé24 l'accesso ai dati mediante un'apposita conferma. In assenza di tale consenso, santé24 non ha accesso ai dati immessi dalla persona assicurata. Tali dati nonché i colloqui telefonici sono archiviati da santé24 in conformità alle disposizioni vigenti in materia di protezione dei dati. In caso di controversia le registrazioni possono essere invocate come elementi di prova. santé24 è un fornitore di prestazioni mediche indipendente e fa parte del Gruppo SWICA. Tra SWICA Assicurazione malattia SA e santé24 non avviene alcuno scambio automatico di dati. L'assicuratore, senza l'autorizzazione da parte della persona assicurata, non ha accesso diretto a queste informazioni.
9. Protezione dei dati in relazione all'applicazione SymptomCheck
La responsabilità per l'immissione sul mercato e la gestione dell'applicazione SymptomCheck è del fornitore dell'applicazione SymptomCheck. Per informazioni in merito si invita a consultare le disposizioni sulla protezione dei dati dell'applicazione SymptomCheck. Il titolare del trattamento dei dati rimane SWICA Assicurazione malattia SA, Römerstrasse 38, 8400 Winterthur. I dati vengono trattati conformemente alle disposizioni della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), della Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) e della Legge sulla protezione dei dati (LPD). L'applicazione SymptomCheck è necessaria per l'esecuzione di FAVORIT MULTICHOICE. Per l'utilizzo dell'applicazione SymptomCheck si applicano le disposizioni sulla protezione dei dati dell'applicazione SymptomCheck. L'applicazione SymptomCheck può rappresentare un dispositivo medico della classe I ai sensi dell'Ordinanza relativa ai dispositivi medici (ODmed; RS 812.213) e sottostare pertanto alle disposizioni di legge in materia di dispositivi medici. Per poter utilizzare l'applicazione SymptomCheck occorre chiarire i requisiti tecnici prima dell'adesione al modello assicurativo.
Gli scopi del trattamento dei dati, le categorie dei dati trattati, la modalità di trattamento ed eventuali terzi coinvolti sono descritti nelle disposizioni sulla protezione dei dati dell'applicazione SymptomCheck. Le disposizioni sulla protezione dei dati vengono comunicate prima dell'adesione a FAVORIT MULTICHOICE.

A VOSTRA DISPOSIZIONE 24 ORE SU 24, 365 GIORNI ALL'ANNO.

Telefono 0800 80 90 80 / swica.ch

