

Favorit Start

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

Edizione 2027, in vigore dal 01.01.2027

SW/CA

Condizioni complementari di Favorit Start

Per le presenti Condizioni complementari (CC), trovano piena applicazione le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie e dell'assicurazione d'indennità giornaliera secondo la LAMal. In caso di 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. Le forme particolari d'assicurazione possono non essere disponibili 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 es. trasferimento della persona assicurata in casa di cura o soggiorno temporaneo 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 ordinaria delle cure medico-sanitarie per l'inizio del mese successivo al cambiamento di domicilio. Il trasferimento 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 mantenere un altro modello d'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni.
4. Se il contratto tra il fornitore di prestazioni scelto e l'assicuratore viene sciolto, la persona assicurata ha 30 giorni di tempo, a partire dalla richiesta scritta dell'assicuratore, per scegliere un nuovo fornitore di prestazioni all'interno del modello assicurativo selezionato oppure per passare all'assicurazione di base delle cure medico-sanitarie offerta dallo stesso assicuratore. Se la scelta del nuovo fornitore di prestazioni non viene comunicata entro il termine prescritto, la persona assicurata viene automaticamente trasferita nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie ordinaria dell'assicuratore.
5. 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 Standard 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.
6. 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 le cure e le visite mediche seguenti si applica la libera scelta del fornitore di prestazioni in tutte le forme d'assicurazione particolari, salvo eventuali disposizioni contrarie nelle relative condizioni complementari:

- a) visite e cure ginecologiche
- b) soggiorni all'estero limitati ad un massimo di sei mesi
- c) casi d'urgenza

Se dopo una consultazione d'urgenza dovessero essere necessarie ulteriori consultazioni di controllo o cure successive, queste devono essere eseguite nell'ambito della scelta limitata del fornitore di prestazioni della rispettiva forma assicurativa.

Art. 3 Conseguenze di un comportamento in violazione del contratto

In caso di violazione degli obblighi previsti dall'assicurazione a scelta limitata del fornitore di prestazioni (ad esempio il mancato rispetto delle disposizioni sul fornitore di prestazioni o la mancata consultazione del centro di telemedicina), l'assicuratore, dopo la seconda diffida, ha la facoltà di escludere la persona assicurata dalla copertura stipulata. L'esclusione ha effetto dall'inizio del mese civile successivo. Ciò comporta automaticamente il passaggio all'assicurazione convenzionale delle cure medico-sanitarie (modello Standard). In caso di nuovo passaggio a un'assicurazione con scelta limitata del fornitore di prestazioni, l'assicuratore può applicare un periodo d'attesa di dodici mesi.

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) è tenuta, su richiesta dell'assicuratore, a sottoporsi a misure speciali di cure integrate. Tali misure possono comprendere, ad esempio, programmi di disease management o di chronic care management, assistenza da parte del care management dell'assicuratore o la scelta di fornitori di prestazioni particolari. I programmi e i fornitori di prestazioni incaricati del relativo svolgimento sono definiti dall'assicuratore. Il consenso alla partecipazione ai programmi di cure integrate e di care management è concordato in forma scritta con la persona assicurata.

Oltre a SWICA, anche il partner di telemedicina santé24 (di seguito «santé24») può obbligare la persona assicurata che soffre di una malattia cronica o potenzialmente cronica o che necessita di un particolare trattamento a partecipare a un programma di assistenza (ad es. care management, disease management ecc.). Se la persona assicurata rifiuta in qualsiasi modo di partecipare a un programma di assistenza proposto, SWICA può applicare le sanzioni previste dall'art. 3.

II. Campo d'applicazione

Art. 5 Scopo del modello d'assicurazione

1. L'assicurazione delle cure medico-sanitarie Favorit Start è una forma d'assicurazione particolare con scelta limitata del fornitore di prestazioni.
2. L'assicuratore è SWICA Assicurazione malattia SA.
3. Il modello d'assicurazione Favorit Start si basa su una scelta limitata di fornitori di prestazioni. In caso di problemi di salute, la persona assicurata si impegna a utilizzare preliminarmente l'applicazione digitale SymptomCheck messa a disposizione da SWICA (di seguito «app SymptomCheck»), la quale indica il percorso terapeutico da seguire. La persona assicurata è tenuta a rispondere in modo veritiero e completo alle domande sul proprio stato di salute che le vengono poste. L'utilizzo preliminare dell'app SymptomCheck è teso a garantire un'assistenza efficiente e coordinata.

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 Start pubblicate sul sito internet dell'assicuratore, quest'ultimo può rinunciare in tutto o in parte alla riscossione di una partecipazione ai costi.

Art. 7 Percorsi terapeutici

1. Se si manifesta un nuovo problema di salute o si ripresenta un problema di salute pregresso in seguito alla conclusione delle cure o di un esame, la persona assicurata è tenuta a rivolgersi per una consulenza al primo punto di contatto che viene descritto qui di seguito.
2. Le persone assicurate di età superiore ai 16 anni (cioè a partire dai 17 anni) sono tenute a utilizzare l'app SymptomCheck offerta da santé24 (cfr. art. 8 delle CC). Al termine della procedura, l'app SymptomCheck indica alle persone assicurate il contatto a cui devono rivolgersi per proseguire il percorso terapeutico. Dette istruzioni possono prevedere, in particolare, una consultazione da parte di santé24 o presso un medico di famiglia, una consulenza in farmacia, una cura di automedicazione o una visita al pronto soccorso.
3. Le persone assicurate fino al compimento del 16° anno di età oppure il loro rappresentante legale, nonché le persone che non dispongono di un apparecchio mobile compatibile con l'applicazione, sono tenute a consultare santé24 per telefono.
4. Se l'app SymptomCheck non fosse disponibile (per motivi di manutenzione o simili), occorre contattare santé24 per telefono.
5. L'assicuratore rimborsa con Favorit Start le prestazioni assicurative prescritte per legge, in particolare per le cure ambulatoriali e stazionarie, a condizione che siano eseguite da un medico iscritto nell'elenco Favorit Start sulla base di una prescrizione di santé24. In caso di necessità, questo indirizza la persona assicurata a terzi (ad es. medico specialista, ospedale, casa di cura).

6. Se il medico iscritto nell'elenco Favorit Start indirizza la persona assicurata a un terzo e questi raccomanda ulteriori esami e cure, un intervento chirurgico o misure di assistenza, la persona assicurata è tenuta a informare o far informare anticipatamente santé24, per telefono o tramite modulo online, e a ottenerne il consenso.
7. Nel caso di un'ospedalizzazione d'urgenza o cura medica d'urgenza, la persona assicurata è tenuta a informare o far informare al più presto santé24, per telefono o tramite modulo online. Qualora dopo una cura medica d'urgenza fosse necessaria una consultazione di controllo, questa deve essere effettuata da un medico iscritto nell'elenco Favorit Start. Con il consenso di santé24, le cure possono proseguire anche presso il medico del servizio d'urgenza o presso l'ospedale per il tempo necessario.
8. L'elenco Favorit Start viene aggiornato all'inizio di ogni anno. Le modifiche durante l'anno avvengono solo in casi eccezionali, ad esempio in caso di cessazione dell'attività, chiusura dello studio medico, decesso o circostanze analoghe.

Art. 8 Applicazione digitale SymptomCheck

1. L'app SymptomCheck è il primo punto di contatto per tutte le persone assicurate di età superiore ai 16 anni ai sensi dell'art. 7 n. 2 delle CC. La persona assicurata è tenuta a rispondere in modo veritiero e completo alle domande sul proprio stato di salute che le vengono poste nell'app SymptomCheck, e successivamente deve concedere a santé24 l'accesso ai dati mediante un'apposita conferma. L'utilizzo dell'app SymptomCheck è gratuito.
2. Per utilizzare l'app SymptomCheck, la persona assicurata deve installare l'applicazione su un dispositivo mobile compatibile con l'applicazione stessa (ad es. smartphone). Al momento della registrazione è necessario indicare i dati anagrafici della persona assicurata, in particolare a fini dell'identificazione della persona assicurata e della successiva identificazione da parte di santé24, in modo da poter creare un account utente corrispondente nell'app SymptomCheck. Questi dati possono essere richiesti alla persona assicurata al momento della prima configurazione dell'app SymptomCheck presso SWICA. Nel quadro dell'utilizzo dell'app SymptomCheck, vengono raccolti solo i dati che la persona assicurata inserisce personalmente nell'app. Affinché l'app SymptomCheck possa fornire indicazioni su come procedere, la persona assicurata deve fornire informazioni il più possibile dettagliate sulle proprie condizioni e sui suoi problemi di salute. È possibile che vengano raccolti dati degni di particolare protezione, come quelli concernenti la salute o la sfera intima. La trasmissione di dati dall'app SymptomCheck a santé24 presuppone il consenso della persona assicurata. Maggiori informazioni sul trattamento dei dati si trovano nelle disposizioni sull'utilizzo e sulla protezione dei dati dell'app SymptomCheck.

Art. 9 Prestazioni di telemedicina

1. santé24 offre consulenza alla persona assicurata e stabilisce se e quali cure mediche debbano essere effettuate. Se santé24 accerta che vi è la necessità di cure mediche, ne stabilisce le modalità più idonee (compreso il numero di consultazioni e l'arco di tempo). Anche santé24 stessa può fornire cure mediche.
2. Con la stipulazione del modello d'assicurazione Favorit Start, la persona assicurata si dichiara d'accordo a permettere a santé24 di prendere visione dei dati di diagnosi, trattamenti e fatture relativi alla sua assistenza medica e 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 tutti i dati rilevanti che concernono l'assistenza medica della persona assicurata (ad es. documentazione della o del paziente, dati contrattuali, dati di fatturazione ecc.). Tali dati vengono comunicati in particolare a specialiste e specialisti, ospedali e altre persone e istituzioni coinvolte nella fornitura delle prestazioni in ambito medico od organizzativo ai fini dell'esecuzione del contratto d'assicurazione.
3. La consulenza fornita da santé24 è gratuita. La persona assicurata si fa carico del costo della telefonata alla tariffa telefonica standard. santé24 registra e archivia le conversazioni telefoniche. In caso di controversia, le registrazioni possono essere fatte valere come elementi di prova. Senza la procura conferita dalla persona assicurata, l'assicuratore non ha accesso a tali informazioni.

Art. 10 Piattaforma digitale per lo scambio di dati

Nell'ambito dell'utilizzo dell'app SymptomCheck (ai sensi dell'art. 8 delle CC), si applicano inoltre le condizioni di utilizzo, le condizioni generali, le condizioni particolari, le disposizioni sulla protezione dei dati e le altre condizioni dei rispettivi fornitori. A seconda del sistema e dell'applicazione mobile, il trattamento dei dati può richiedere gli opportuni consensi, poiché i dati possono essere trattati da terzi o all'estero.

Art. 11 Portale per la clientela mySWICA

La persona assicurata è tenuta a registrarsi nel portale per la clientela mySWICA e ad effettuare tutte le operazioni definite dall'assicuratore che possono essere effettuate tramite detto portale. In particolare, la persona assicurata è tenuta a presentare tutte le fatture tramite il portale per la clientela mySWICA e a ricevere i conteggi dei premi e delle prestazioni esclusivamente tramite detto portale. L'inadempimento di tale obbligo da parte della persona assicurata comporta l'applicazione di sanzioni conformemente all'art. 3 delle CC.