FAVORIT BESTCARE

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

Edizione 2024, in vigore dal 1° gennaio 2024

PERCHÉ LA SALUTE È TUTTO SWICA

CONDIZIONI COMPLEMENTARI DI FAVORIT BESTCARE.

In riferimento alle 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 DELLA VARIANTE ASSICURATIVA E PREMI

1. Le persone che adempiono le disposizioni legali d'ammissione e che hanno il loro domicilio civile in un territorio 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. Le forme particolari d'assicurazione possono non essere disponibili in tutte le regioni.
2. Se, nella variante assicurativa scelta, le cure mediche non possono più essere dispensate dal fornitore di prestazioni scelto 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 della variante assicurativa scelta, 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 della variante assicurativa scelta deve essere comunicato all'assicuratore entro un mese. Nel caso di trasferimento di domicilio nel territorio d'attività di un'altra variante assicurativa con scelta limitata, le persone assicurate hanno il diritto di mantenere un modello assicurativo con scelta limitata del fornitore di prestazioni scegliendo una nuova variante.
4. Se il fornitore di prestazioni scelto nella variante assicurativa selezionata scioglie il contratto con l'assicuratore, le persone assicurate interessate possono scegliere liberamente un altro fornitore di prestazioni nella variante assicurativa scelta o passare all'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie dell'assicuratore, entro un termine di 30 giorni dalla richiesta scritta dell'assicuratore. Se la scelta del nuovo fornitore di prestazioni non viene comunicata all'assicuratore entro il termine prescritto, la persona assicurata viene automaticamente trasferita nell'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie dell'assicuratore.
5. In caso di scioglimento del contratto con il fornitore di prestazioni o la sua rete da parte dell'assicuratore, la variante assicurativa scelta si estingue per la fine dell'anno. In mancanza di una comunicazione in merito al passaggio a un'altra forma assicurativa particolare secondo l'articolo 11 capoverso 2 CGA, la persona assicurata viene trasferita automaticamente nell'assicurazione ordinaria delle cure medico-sanitarie dell'assicuratore con effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo.
6. Le persone assicurate con forme d'assicurazione particolari beneficiano 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. visite pediatriche fino ai 18 anni d'età
c. visite oculistiche presso personale medico specializzato in oftalmologia
d. soggiorni all'estero limitati ad un massimo di sei mesi
e. 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

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

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.

II. CAMPO D'APPLICAZIONE

ART. 5 SCOPO DEL MODELLO ASSICURATIVO

1. L'assicurazione delle cure medico-sanitarie FAVORIT BESTCARE è una forma d'assicurazione particolare con scelta limitata del fornitore di prestazioni.
2. L'assicuratore è SWICA Assicurazione malattia SA.
3. Il modello assicurativo FAVORIT BESTCARE si basa su una scelta limitata di fornitori che erogano le loro prestazioni avvalendosi di applicazioni digitali e mezzi ausiliari tecnici (artt. 8, 9 e 10 CC seguenti). A questo proposito, la persona assicurata può scegliere tra più percorsi terapeutici (art. 7 CC seguente) tesi ad assicurare cure coordinate e più efficienti.

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 BESTCARE 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. 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, la persona assicurata può rivolgersi a uno dei seguenti primi punti di contatto per una consulenza, che viene offerta dai fornitori di prestazioni nel quadro dell'incarico di trattamento loro affidato:

a) applicazione digitale SymptomCheck, offerta dal partner di telemedicina santé24 (cfr. art. 8 CC)
b) partner di telemedicina santé24, con il supporto di un dispositivo di telemedicina (cfr. art. 9 CC)
c) farmacia partner FAVORIT BESTCARE (secondo l'elenco pubblicato sul sito internet di SWICA).
Indipendentemente dalla scelta del primo punto di contatto, la persona assicurata è successivamente tenuta a rivolgersi per eventuali cure ed esami a uno studio medico partner FAVORIT BESTCARE (secondo l'elenco pubblicato sul sito internet di SWICA).

2. Anziché scegliere un primo punto di contatto per la consulenza secondo l'art. 7 n. 1 CC, la persona assicurata può rivolgersi direttamente a uno studio medico partner FAVORIT BESTCARE (secondo l'elenco pubblicato sul sito internet di SWICA).

3. L'assicuratore rimborsa con FAVORIT BESTCARE le prestazioni assicurative previste per legge, in particolare per le cure ambulatoriali e ospedaliere, a condizione che siano eseguite o prescritte da un medico di uno studio medico partner FAVORIT BESTCARE. In caso di necessità, il medico dello studio partner FAVORIT BESTCARE indirizza la persona assicurata a terzi (per es. medico specialista, ospedale, casa di cura).
4. Se lo studio medico partner FAVORIT BESTCARE 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 lo studio medico partner FAVORIT BESTCARE e a ottenerne il consenso.
5. In caso di ospedalizzazione d'urgenza o cura medica d'urgenza, la persona assicurata è tenuta a informare o far informare in merito il proprio studio medico partner FAVORIT BESTCARE quanto prima. Qualora dopo una cura d'urgenza fosse necessaria una consultazione di controllo, questa deve essere effettuata presso uno studio medico partner FAVORIT BESTCARE. Con il consenso dello studio medico partner FAVORIT BESTCARE, le cure possono proseguire anche presso il medico del servizio d'urgenza o presso l'ospedale per il tempo necessario.

ART. 8 APPLICAZIONE DIGITALE SYMPTOMCHECK

1. L'applicazione digitale SymptomCheck offerta dal partner di telemedicina santé24 (di seguito "app SymptomCheck") è uno dei primi punti di contatto ai sensi dell'art. 7 n. 1 CC e fornisce raccomandazioni su come procedere in caso di problemi di salute. A questo fine, la persona assicurata deve rispondere alle domande sul proprio stato di salute nell'app SymptomCheck. La persona assicurata non è obbligata a seguire le raccomandazioni fornite dall'applicazione SymptomCheck. 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 (per es. smartphone). Al momento della registrazione è necessario indicare i dati anagrafici della persona assicurata, in particolare a fini d'identificazione della persona assicurata e di 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 raccomandazioni su come procedere, la persona assicurata deve fornire informazioni il più possibile dettagliate sulla sua condizione 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. Se la persona assicurata non è soddisfatta della raccomandazione dell'app SymptomCheck, può trasmettere i dati a santé24. Nessun dato viene trasmesso senza il consenso della persona assicurata. Su richiesta della persona assicurata, all'app SymptomCheck è possibile collegare anche un dispositivo di telemedicina ai sensi dell'art. 9 n. 3-5 CC. 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 è uno dei primi punti di contatto secondo l'art. 7 n. 1 CC. In caso di problemi di salute, la persona assicurata può ricevere una consultazione telefonica con un medico o uno specialista tramite santé24. La persona assicurata non è obbligata a seguire le eventuali raccomandazioni fornite da santé24.
2. 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.
3. Nei colloqui di consultazione, santé24 può utilizzare un dispositivo di telemedicina come supporto per la formulazione della diagnosi e la raccomandazione delle cure. A tal fine, dopo la stipulazione del contratto di assicurazione, a ogni persona assicurata ovvero a ogni economia domestica viene fornito gratuitamente un dispositivo di telemedicina con cui è possibile effettuare esami medici su se stessi. santé24 decide in quale momento il dispositivo di telemedicina deve essere utilizzato in base all'indicazione medica.

4. Per utilizzare il dispositivo di telemedicina, è necessario installare e utilizzare l'app SymptomCheck (per la registrazione dell'utente; per l'app SymptomCheck cfr. l'art. 8 CC) e l'app di telemedicina (per la registrazione dei dati tramite il dispositivo di telemedicina e la trasmissione dei dati generati dalla persona assicurata a santé24) su un dispositivo mobile compatibile con l'applicazione stessa (per es. smartphone). L'utilizzo di queste applicazioni è gratuito.
5. Dopo l'installazione, l'app di telemedicina richiede automaticamente i dati utente necessari (dati anagrafici) all'app SymptomCheck e li trasmette a santé24 per l'identificazione della persona assicurata. Il dispositivo di telemedicina stabilisce un collegamento con l'app di telemedicina. In questo modo i dati generati dal dispositivo di telemedicina possono essere trasmessi a santé24 dalla persona assicurata mediante l'app di telemedicina, in particolare per consentire l'esecuzione dell'incarico di trattamento. Affinché santé24 possa consigliare la persona assicurata e formulare raccomandazioni, la persona assicurata deve fornire informazioni il più possibile dettagliate e utilizzare il dispositivo di telemedicina seguendo le istruzioni fornite dal dispositivo stesso e da santé24. È possibile che vengano raccolti dati degni di particolare protezione, come quelli concernenti la salute o la sfera intima. Maggiori informazioni sul trattamento dei dati si trovano nelle disposizioni sull'utilizzo e sulla protezione dei dati dell'app di telemedicina.
6. Se la persona assicurata non desidera utilizzare il dispositivo di telemedicina e le applicazioni digitali necessarie, deve optare per un altro primo punto di contatto ai sensi dell'art. 7 n. 1 CC o per una consultazione diretta presso lo studio partner FAVORIT BESTCARE. Se la persona assicurata non dispone di un dispositivo mobile compatibile con l'applicazione (per es. smartphone), santé24 rinuncia in ogni caso all'utilizzo del dispositivo di telemedicina.

ART. 10 PIATTAFORMA DIGITALE PER LO SCAMBIO DI DATI

1. Al fine di assicurare cure mediche coordinate, la persona assicurata acconsente a che santé24, le farmacie partner di FAVORIT BESTCARE, gli studi medici partner di FAVORIT BESTCARE ed eventuali terzi necessari per la fornitura di prestazioni mediche od organizzative accedano ai dati necessari per la diagnosi, il trattamento e la fatturazione relativi alla sua assistenza medica attraverso la piattaforma digitale per lo scambio di dati offerta dai fornitori di prestazioni (di seguito "piattaforma per lo scambio di dati"). L'assicuratore ha accesso solo ai dati rilevanti ai fini dei conteggi.
2. Per consentire lo scambio di dati tra i fornitori di prestazioni, la persona assicurata deve installare e utilizzare l'applicazione offerta a tale scopo dai fornitori di prestazioni stessi (di seguito "app per lo scambio di dati") su un dispositivo mobile compatibile con l'applicazione (per es. smartphone). Tramite l'applicazione, la persona assicurata può acconsentire caso per caso allo scambio di dati tra i fornitori di prestazioni coinvolti (cfr. art. 10 n. 3 CC seguente). L'utilizzo della piattaforma per lo scambio di dati e dell'app per lo scambio di dati è gratuito.
3. Dopo aver installato l'app per lo scambio di dati, la persona assicurata può richiedere all'assicuratore i propri dati anagrafici relativi all'assicurazione. I dati anagrafici servono ai fornitori di prestazioni che utilizzano la piattaforma per lo scambio di dati per identificare la persona assicurata. Se la persona assicurata contatta un fornitore di prestazioni (indipendentemente dal percorso di cura scelto), i dati forniti dalla persona assicurata, compresi i dati degni di particolare protezione come quelli concernenti la salute o la sfera intima, vengono registrati dal fornitore di prestazioni nel quadro del contratto di cura, in particolare per documentare la consultazione. Successivamente, la persona assicurata decide caso per caso in merito alla divulgazione di questi dati da parte del fornitore di prestazioni ad altri fornitori di prestazioni tramite la piattaforma per lo scambio di dati, dando il consenso nell'app per lo scambio di dati su quali dati possono essere resi accessibili a quale fornitore di prestazioni. Maggiori informazioni sul trattamento dei dati si trovano nelle disposizioni sull'utilizzo e sulla protezione dei dati dell'app per lo scambio di dati.

4. In sostituzione delle funzionalità dell'app per lo scambio di dati (in particolare prenotazione di appuntamenti presso fornitori di prestazioni e consultazioni delle proprie informazioni sanitarie o della propria storia clinica), le persone assicurate che non dispongono di un dispositivo mobile compatibile con l'applicazione (per es. smartphone) si avvalgono della consulenza di santé24.

ART. 11 DISPOSIZIONI INTEGRATIVE SULLA PROTEZIONE DEI DATI

Nell'ambito dell'utilizzo dell'app SymptomCheck, del dispositivo di telemedicina e dell'app per lo scambio di dati (ai sensi degli artt. 8, 9 e 10 delle CC), si applicano inoltre le condizioni di utilizzo, le condizioni generali d'assicurazione (CGA), 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.

0291 / online / 10.2023