

Condizioni particolari dell'assicurazione di cure complementari Premium – versione 2024

SDGA02-F1 – edizione 01.09.2024

Indice

| | | | |
|---------------|--|---------------|--|
| Art. 1 | Scopo dell'assicurazione | Art. 6 | Liste di prestazioni e di fornitori di prestazioni |
| Art. 2 | Rischi assicurati | Art. 7 | Modifica delle aliquote percentuali |
| Art. 3 | Condizioni d'adesione | Art. 8 | Premi |
| Art. 4 | Diritto alle prestazioni e limitazioni | Art. 9 | Riduzione famiglia |
| Art. 5 | Prestazioni assicurate | | |

Le seguenti disposizioni sono disciplinate dalle condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari (CGC), la cui data d'edizione è indicata nella polizza d'assicurazione.

Art. 1 Scopo dell'assicurazione

1. Lo scopo dell'assicurazione Premium è di fornire agli assicurati prestazioni specifiche in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (qui di seguito AOMS) secondo la legge sull'assicurazione malattie (LAMal), per misure diagnostiche e terapeutiche, farmaci e mezzi ausiliari che siano efficaci, appropriati ed economici.
2. L'assicurazione copre altresì alcune misure di prevenzione e di contraccezione.

Art. 2 Rischi assicurati

Le prestazioni sono erogate in caso di malattia, d'infortunio e di maternità.

Art. 3 Condizioni d'adesione

Qualsiasi persona domiciliata in Svizzera può chiedere di aderire all'assicurazione Premium con un'entrata in vigore della copertura al massimo il giorno in cui il proponente compie 70 anni.

Art. 4 Diritto alle prestazioni e limitazioni

1. Le prestazioni sono erogate in funzione delle date di trattamento. Le spese sostenute dopo aver esaurito i propri diritti (prestazioni con limite di durata o di importo) non possono essere riportate all'anno successivo.
2. Se la copertura d'assicurazione inizia nel corso dell'anno, l'assicuratore può ridurre gli importi massimi assunti per anno civile in proporzione.
3. Se un trattamento medico, una terapia di medicina alternativa, una cura, un farmaco o un mezzo ausiliario non è più giustificato/a dal punto di vista medico e non apporta più miglioramenti terapeutici, l'assicuratore informa l'assicurato del rifiuto, della riduzione o della cessazione dell'erogazione delle prestazioni.
4. Nei limiti previsti nelle presenti condizioni particolari

d'assicurazione, l'assicuratore rimborsa le spese non assunte dall'AOMS quando le prestazioni sono fornite da un medico riconosciuto dall'AOMS o da una persona debitamente autorizzata e riconosciuta dall'assicuratore.

5. Per le prestazioni "cure di convalescenza e cure termali" e "assistenza domiciliare e spese di collocamento", la persona assicurata deve prima far pervenire all'assicuratore una domanda di assunzione dei costi.
6. L'assicurazione disciplinata dalle presenti disposizioni non può in alcun caso coprire le franchigie e le aliquote dell'AOMS.
7. La copertura assicurativa assume tuttavia le partecipazioni legali estere nell'ambito di una cura effettuata al di fuori della Svizzera, in applicazione dell'accordo sulla libera circolazione delle persone UE/AELS o di altre convenzioni internazionali di sicurezza sociale e a condizione che la legge del paese in questione non lo vieti.
8. In caso di assicurazione multipla, ai sensi della Legge sul contratto di assicurazione (LCA), l'assicuratore corrisponde le prestazioni in proporzione alla copertura d'assicurazione stipulata.

Art. 5 Prestazioni assicurate

Gli importi assunti indicati di seguito rappresentano l'indennizzo massimo dell'assicuratore per tutte le prestazioni indicate nella colonna "Descrizione".

| | Assunzione | Descrizione |
|---|---|--|
| Medicinali limitati e fuori lista | 90% | <ul style="list-style-type: none"> - Medicinali non rimborsati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), prescritti da un medico, da un fornitore di cure riconosciuto ai sensi della LAMal o da un terapeuta di medicina alternativa riconosciuto dall'assicuratore. - Esclusioni: prodotti che figurano nell'elenco dei preparati farmaceutici per applicazioni speciali (EPFA). - L'assicuratore dispone di una lista dei terapeuti di medicina alternativa riconosciuti. |
| Tassa di consulenza per i medicinali dell'elenco delle specialità rilasciati dal farmacista senza prescrizione medica. | 90% | <ul style="list-style-type: none"> - Spese di consulenze fornite da farmacisti riconosciuti dall'assicuratore, in relazione a farmaci della lista A e B (classificazione Swissmedic) rilasciati senza prescrizione medica ai sensi dell'articolo 45 OM (Ordinanza sui medicinali) e dell'accordo tariffario applicabile tra l'assicuratore e la farmacia. - L'assicuratore dispone di una lista delle farmacie riconosciute. |
| Medicina alternativa | 80%, max CHF 5'000 ogni 3 anni, di cui max CHF 500 per anno civile per i massaggi | <ul style="list-style-type: none"> - Terapie necessarie dal punto di vista medico, riconosciute dall'assicuratore ed effettuate da un medico diplomato o da un terapeuta di medicina alternativa riconosciuto dall'assicuratore per la terapia in questione. - L'assicuratore dispone di una lista delle terapie e dei terapeuti riconosciuti e si riserva il diritto di escludere in qualunque momento determinate terapie o determinati terapeuti. - Non sussiste alcun diritto a prestazioni per le sedute effettuate tra familiari. - Il periodo di tre anni per l'assunzione massima di CHF 5'000 inizia con l'entrata in vigore del contratto. |
| Cure di convalescenza e cure termali | 90%, max 30 giorni/anno civile | <ul style="list-style-type: none"> - Spese di cura e di pensione in caso di cure di convalescenza in Svizzera a seguito di un'ospedalizzazione, nelle strutture riconosciute dall'assicuratore. - Spese di cura e di pensione in caso di cure termali nei centri di cure balneari riconosciuti ai sensi dell'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre). - Le prestazioni sono erogate se prescritte da un medico riconosciuto ai sensi della LAMal. - L'assicuratore dispone di una lista degli enti riconosciuti. - Pena decadenza del diritto alle prestazioni, una richiesta d'assunzione dei costi e la prescrizione medica devono essere trasmesse all'assicuratore prima dell'inizio della cura. |
| Occhiali da vista, lenti a contatto o correzione chirurgica della vista | <p>Occhiali e lenti a contatto</p> <ul style="list-style-type: none"> - bambini fino a 18 anni, CHF 150 ogni anno - adulti dai 19 anni, CHF 500 ogni tre anni <p>Correzione chirurgica della vista</p> <ul style="list-style-type: none"> - partecipazione del 90%, max CHF 800, per tutta la durata del contratto | <ul style="list-style-type: none"> - L'importo previsto per l'acquisto di occhiali da vista o di lenti a contatto che non sono assunte dall'AOMS. - La partecipazione prevista per la correzione chirurgica della vista è corrisposta oltre ai costi degli occhiali da vista o delle lenti a contatto. |
| Mezzi ausiliari | 90%, max CHF 5'000/anno civile | <ul style="list-style-type: none"> - Costi di noleggio o di acquisto di apparecchi ortopedici e di mezzi ausiliari (escluse le protesi dentarie), prescritti dal medico, secondo la lista definita dall'assicuratore. |
| Mammografie ed ecografie | 90% | <ul style="list-style-type: none"> - I costi delle mammografie e delle ecografie che non sono assunte dall'AOMS. |
| Esami ginecologici preventivi | 90% | <ul style="list-style-type: none"> - I costi degli esami ginecologici preventivi che non sono assunti dall'AOMS. |
| Vaccinazioni | 90% | <ul style="list-style-type: none"> - I costi per le vaccinazioni non assunte dall'AOMS e per quelle che sono raccomandate dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) in caso di partenza all'estero, riconosciute da Swissmedic. - L'assicuratore assume i costi delle vaccinazioni effettuate da un medico riconosciuto dall'AOMS o da un farmacista riconosciuto dall'assicuratore. - L'assicuratore dispone di una lista delle farmacie riconosciute. |

| | Assunzione | Descrizione |
|---|--|---|
| Test di prevenzione HIV | 90% | – I costi dei test di prevenzione HIV quando prescritti ed effettuati da fornitori riconosciuti ai sensi della LAMal. |
| Check-up | Un check-up ogni 3 anni, 90%, max CHF 1'800 | – I costi dei check-up effettuati da un medico. – Il check-up include: <ul style="list-style-type: none"> – una consultazione con un esame esteso (altezza, peso, pressione sanguigna, consigli e promozione della salute), – un elettrocardiogramma a riposo e sotto sforzo, – una radiografia del torace, – uno stato delle urine, – analisi ematologiche e chimiche, del glucosio e del colesterolo, – un esame della pelle. |
| Secondo parere | 90% | – Costi derivanti da un secondo parere medico fornito da un medico prima di un'ospedalizzazione. L'indicazione "secondo parere" deve figurare nella fattura. |
| Upgrade di comfort, spese d'alloggio in albergo, di trasporto o di parcheggio in caso di intervento chirurgico ambulatoriale | CHF 300/anno civile | – Quando l'assicurato si sottopone a un intervento chirurgico ambulatoriale, l'assicuratore assume i seguenti costi: <ul style="list-style-type: none"> – upgrade fatturato dall'ente in cui si svolge l'intervento chirurgico ambulatoriale; – pernottamento dell'assicurato e dei suoi accompagnatori in una struttura ospedaliera o alberghiera per la notte precedente e/o successiva al trattamento; – trasporto dell'assicurato tra il suo domicilio e il fornitore di cure in questione (andata e/o ritorno con mezzi pubblici o taxi); – spese di parcheggio. |
| Spese di trasporto, ricerca e soccorso | 90% (trasporti) 90%, max CHF 100'000/anno civile (ricerca e soccorso) | – Fino al centro ospedaliero o dal medico più vicino, a condizione che tali trasporti siano necessari dal punto di vista medico. – Questo contributo è corrisposto soltanto in caso di trasporto in ambulanza o in elicottero o per le attività di ricerca e di soccorso. – I costi dei trasporti (pubblici o privati) necessari per un trattamento ambulatoriale sono coperti fino a concorrenza dei costi dei mezzi pubblici, se sono giustificati dall'importanza degli effetti collaterali del trattamento o se permettono di evitare un'ospedalizzazione. |
| Psicoterapia | 90%, max CHF 1'000/anno civile | – I costi derivanti da terapie non assunte dall'AOMS ed effettuate da psicoterapeuti non medici e da psicologi indipendenti che non sono membri di un'associazione riconosciuta dall'assicuratore. – L'assicuratore dispone di una lista delle associazioni riconosciute. |
| Custodia di bambini malati a domicilio | 90%, max CHF 300/anno civile | – Per i bambini fino all'età di 12 anni compiuti, assunzione dei costi di baby-sitting effettuato da parte della Croce Rossa o di un ente ufficiale avente lo stesso scopo, se i genitori esercitano un'attività professionale fuori casa. |
| Assistenza a domicilio e spese di collocamento | 90%, max CHF 2'500/anno civile | – I costi derivanti dall'assunzione necessaria dal punto di vista medico di un collaboratore domestico che svolga tale attività a titolo professionale per conto proprio o presso un'azienda o un'organizzazione e che si occupi dei lavori domestici e della pulizia della casa quotidiana al posto della persona assicurata, a seguito di un'ospedalizzazione a causa di malattia o d'infortunio (la maternità è esclusa). Tutte le altre spese (grandi pulizie ecc.) sono escluse. – I costi di collocamento temporaneo dei componenti della famiglia che vivono nella stessa economia domestica con l'assicurato e dipendono da lui a causa dell'età o dello stato di salute, per il periodo in cui quest'ultimo deve, per motivi medici, essere ospedalizzato. Il collocamento temporaneo dei componenti della famiglia deve avvenire in una struttura d'accoglienza ufficiale (unità di accoglienza temporanea, asilo nido, centro diurno e/o notturno). – In caso di ospedalizzazione di un bambino assicurato fino a 14 anni compiuti, l'assicuratore assume i costi di occupazione di un letto d'ospedale da parte di un componente della famiglia. – L'assicurato deve richiedere l'accordo preliminare dell'assicuratore. |
| Pasti a domicilio dopo un'ospedalizzazione o un intervento chirurgico ambulatoriale | CHF 20/giorno, max 30 giorni/anno civile | – Assunzione dei costi dei pasti a domicilio forniti a titolo professionale da un centro, un'azienda o un ente e su prescrizione medica. |
| Contracezione e sterilizzazione volontaria | 90%, max CHF 500/anno civile | – Assunzione dei costi delle misure contraccettive che richiedono l'intervento del medico (impianti contraccettivi, IUD, progestinici ritardati) o che richiedono una prescrizione medica iniziale (pillola contraccettiva, anello vaginale, cerotto). – Assunzione dei costi d'intervento in caso di sterilizzazione. |

| | Assunzione | Descrizione |
|--|--|--|
| Trattamenti dentari | <p>Cure dentarie 75%, max CHF 500/anno civile</p> <p>Ortopedia dento-facciale per gli assicurati fino all'età di 18 anni: 75%, max CHF 3'000/anno civile</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Assunzione dei costi di: <ul style="list-style-type: none"> - trattamenti dentari eseguiti da un medico dentista diplomato; - controllo dentistico preventivo annuo; - corone, ponti e protesi; - laboratorio. - Per gli assicurati fino all'età di 18 anni compiuti, la copertura d'assicurazione si estende alle cure di ortopedia dento-facciale. - Per i trattamenti dentari derivanti da un infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione, il diritto alle prestazioni è immediato. - Le prestazioni per interventi protesici (sostituzione di denti, applicazione di corone, perni, ponti, protesi parziali o totali, ecc.) sono corrisposte subito dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione, in caso di infortunio; dopo almeno dodici mesi d'adesione negli altri casi. - Per gli altri trattamenti dentari (compresa l'ortopedia dento-facciale), le prestazioni d'assicurazione sono corrisposte al più presto dopo tre mesi d'adesione. - La tariffa ufficiale LAINF (nomenclatura e valore di punto) è determinante per calcolare le prestazioni assunte; un'eventuale maggiorazione non può superare il 50%. |
| Prevenzione e attività sportiva | <p>50%, max CHF 500/anno civile (prevenzione)</p> <p>90%, max CHF 200/anno civile (attività e abbonamenti sportivi)</p> <p>Max CHF 500/anno civile per tutte le prestazioni di "Prevenzione e attività sportiva"</p> | <p>Prevenzione</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assunzione dei costi delle seguenti misure: <ul style="list-style-type: none"> - scuola della schiena, - abbonamento e corsi di fitness, - cura di disintossicazione. - L'assicuratore dispone di una lista dei corsi di fitness e dei tipi di cure di disintossicazione riconosciuti. - Per gli abbonamenti fitness, l'assicuratore dispone di un elenco dei marchi riconosciuti. <p>Attività sportive e abbonamenti sportivi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assunzione dei costi per abbonamenti sportivi annuali (esclusi gli abbonamenti e i corsi di fitness) e delle quote di iscrizione quale membro attivo di un club o di un'associazione sportiva, secondo l'elenco delle attività e degli abbonamenti sportivi stilato dall'assicuratore. <p>Per il fitness, gli abbonamenti e le quote associative sportive la cui validità non corrisponde a un anno civile, l'importo massimo assicurato è ridotto proporzionalmente.</p> |
| Groupe Mutuel Assistance | Secondo quanto dettagliato nelle condizioni generali d'assicurazione di Groupe Mutuel Assistance | <ul style="list-style-type: none"> - Assunzione delle prestazioni previste dalle condizioni generali dell'assicurazione Groupe Mutuel Assistance (rimpatrio e trasporto se il sinistro avviene oltre un raggio di 20 chilometri dal domicilio dell'assicurato). |

Art. 6 Liste di prestazioni e di fornitori di prestazioni

1. Le liste menzionate nelle presenti condizioni particolari d'assicurazione (ad esempio, la lista dei terapisti di medicina alternativa riconosciuti o delle misure di prevenzione assicurate) sono disponibili sul sito web dell'assicuratore o possono essere forniti su richiesta della persona assicurata.
2. Le liste valide nel momento della cura o della fruizione di una prestazione sono determinanti.
3. Tali liste possono essere modificate in qualunque momento dall'assicuratore. Tale modifica delle liste non fa scaturire alcun diritto di disdetta per il contraente.

Art. 7 Modifica delle aliquote percentuali

1. L'assicuratore può adeguare ogni anno le aliquote percentuali di assunzione delle prestazioni di medicina alternativa se il numero di fornitori aumenta o se vengono istituiti nuovi tipi di fornitori di prestazioni in misura significativa, ai sensi dell'articolo 36 delle CGC.
2. L'assicuratore deve informare il contraente delle nuove disposizioni del contratto almeno trenta giorni prima della scadenza del periodo d'assicurazione.
3. In caso di aumento dell'aliquota, la persona contraente ha il diritto di disdire il contratto d'assicurazione per la fine del periodo d'assicurazione in corso, entro 30 giorni dal ricevimento della polizza o dalla notifica dell'aumento. La disdetta deve pervenire all'assicuratore entro trenta giorni. Se il contraente non disdice il contratto, gli adeguamenti effettuati a livello dell'aliquota sono considerati accettati.

Art. 8 Premi

1. La persona assicurata che, durante l'anno, raggiunge l'età massima della propria classe d'età è automaticamente trasferita nella classe d'età superiore all'inizio dell'anno civile successivo. Le classi d'età determinanti sono le seguenti:
 - da 0 a 15 anni;
 - da 16 a 18 anni;
 - da 19 a 25 anni;
 - da 26 anni e fino a 85 anni, le classi d'età sono scaglionate in gruppi di cinque anni.
2. Un cambiamento di classe d'età comporta in genere un adeguamento automatico del premio.

Art. 9 Riduzione famiglia

1. Una riduzione famiglia può essere applicata sul premio dei bambini fino a 18 anni se loro e almeno uno dei loro genitori hanno sottoscritto l'assicurazione Premium (edizione 01.09.2024).
2. La riduzione famiglia è abolita non appena le condizioni di attribuzione definite nel capoverso 1 non sono più adempiute.
3. In virtù dell'articolo 26a cpv. 2 let. d delle CGC, l'assicuratore può, in qualunque momento, modificare o abolire la riduzione famiglia con effetto al massimo per la fine dell'anno civile in corso.