groupemutuel

Condizioni particolari dell'assicurazione Global GEM

GGGA01-I3 – edizione 01.06.2021 (con clausola addizionale dal 01.01.2024)

Indice

Art. 1	Scopo dell'assicurazione	**Art. 8**	Diritto alle prestazioni
Art. 2	Rischi coperti	**Art. 9**	Franchigia
Art. 3	Condizioni d'adesione	**Art. 10**	Premi
Art. 4	Disposizioni particolari	**Art. 11**	Uscita dalla cerchia degli assicurati del programma d'assicurazione collettivo GEM e scioglimento della convenzione quadro
Art. 5	Mantenimento e fine della copertura in caso di trasferimento del domicilio all'estero	**Art. 12**	Protezione dei dati
Art. 6	Disdetta del contratto d'assicurazione		
Art. 7	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. In relazione con la convenzione quadro stipulata tra il Groupement des Entreprises Multinationales (GEM) e l'assicuratore, lo scopo della presente assicurazione è di fornire agli assicurati prestazioni specifiche in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOCMS) secondo la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).
2. Per le persone soggette all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOCMS), che hanno scelto di mantenere la loro copertura d'assicurazione conformemente all'articolo 7a dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal) tramite la sottoscrizione di un'assicurazione facoltativa delle cure secondo la legge sul contratto d'assicurazione (LCA), le prestazioni dell'assicurazione Global GEM sono erogate in complemento a tale assicurazione.
3. L'assicurazione prevede quattro livelli di copertura:
   - Livello 1 Light (trattamenti ambulatoriali, ospedalizzazione nel reparto comune).
   - Livello 1 (trattamenti ambulatoriali, ospedalizzazione nel reparto comune, trattamenti dentari).
   - Livello 2 (trattamenti ambulatoriali, ospedalizzazione nel reparto semiprivato, trattamenti dentari).
   - Livello 3 (trattamenti ambulatoriali, ospedalizzazione nel reparto privato, trattamenti dentari).

Art. 2 Rischi coperti

Le prestazioni dell'assicurazione sono erogate in caso di malattia, d'infortunio e di maternità. Il contraente può escludere la copertura del rischio infortunio.

Art. 3 Condizioni d'adesione

La convenzione quadro stipulata tra il GEM e l'assicuratore definisce la cerchia di persone che possono assicurarsi e le condizioni d'adesione applicabili per le varie categorie di proponenti, in funzione del livello di copertura scelto dalla persona assicurata.

Art. 4 Disposizioni particolari

In deroga agli articoli 7 e 8 delle presenti condizioni particolari d'assicurazione (CP), ai dipendenti di cittadinanza straniera o svizzera che sono trasferiti o assunti dal datore di lavoro per venire in Svizzera («rimpatriati»), rispettivamente ai dipendenti di cittadinanza straniera o svizzera che sono trasferiti all'estero dal datore di lavoro («espatriati») e ai membri della loro famiglia possono applicarsi regole specifiche concernenti i periodi di carenza previsti per le prestazioni di maternità e per le cure dentarie.

Art. 5 Mantenimento e fine della copertura in caso di trasferimento del domicilio all'estero

1. Se la persona assicurata si trasferisce all'estero durante la durata del contratto, l'assicurazione Global GEM può essere mantenuta senza aumento della copertura, a condizione che la persona assicurata rimanga soggetta all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal secondo l'accordo UE/AELS sulla libera circolazione delle persone o altri accordi internazionali o che sia titolare di una copertura ai sensi dell'art. 1 cpv. 2 delle presenti condizioni particolari.

2. In deroga all'art. 14 lett. d CGC, in questo caso non è necessario alcun accordo con l'assicuratore.
3. Le persone assicurate domiciliate all'estero devono comunicare per iscritto all'assicuratore entro 30 giorni se non soddisfano più i criteri di cui all'articolo 5 capoverso 1 delle presenti condizioni d'assicurazione. In caso di violazione di tale obbligo, l'assicurato è tenuto a rimborsare all'assicuratore le eventuali prestazioni erogate a partire dalla data in cui i criteri summenzionati non sono più soddisfatti.

Art. 6 Disdetta del contratto d'assicurazione

In deroga all'articolo 13 capoverso 2 delle CGC, l'assicurato può disdire il contratto d'assicurazione dopo tre anni di copertura assicurativa e poi annualmente, per la fine di un anno civile, con preavviso di un mese, con riserva delle disposizioni previste all'articolo 11 cpv. 8 delle presenti CP.

Art. 7 Prestazioni assicurate

1. In Svizzera

	Assunzione	**Descrizione**
Ospedalizzazione (incluso il parto)	reparto comune (Livello 1 Light e Livello 1) reparto semiprivato (Livello 2) reparto privato (Livello 3)	– Libera scelta in Svizzera, secondo il livello scelto, di un centro ospedaliero per cure generiche o psichiatriche, per malattie di tipo acuto. – Rimborso delle spese per le cure riconosciute dalla LAMal, delle spese di degenza in ospedale e degli onorari dei medici, in base alla convenzione stipulata con l'assicuratore o alle tariffe cantonali. – I centri ospedalieri devono essere riconosciuti ai sensi della LAMal (ospedali catalogati) o aver concluso un accordo tariffario con il Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA per i reparti corrispondenti. – Dopo 180 giorni d'ospedalizzazione durante un anno civile, le prestazioni d'ospedalizzazione non sono più erogate. – L'assicurato è tenuto a informarsi se il centro ospedaliero, il reparto scelto o la clinica presso cui si farà curare fanno parte dei centri riconosciuti dall'assicuratore.
Medicinali limitati o fuori lista	90%	– Medicinali prescritti da un medico o da un fornitore di cure riconosciuto dalla LAMal, non rimborsati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOCMS). – Esclusioni: prodotti che figurano nell'elenco dei preparati farmaceutici per applicazioni speciali (EPFA).
Medicina alternativa	75%	– Rimborso delle terapie secondo la lista sottostante (punto 7.3 lista delle terapie), effettuate da un medico diplomato o da uno specialista in terapie naturali riconosciuto dall'assicuratore. – Prima di ogni trattamento, l'assicurato è tenuto a informarsi se il terapeuta presso cui si farà curare fa parte di quelli riconosciuti dall'assicuratore per la terapia prevista.
Cure di convalescenza e cure termali	90%, max Fr. 1'000.–/anno civile	– Spese di cura e di vitto e alloggio in caso di cura di convalescenza e di cure termali in centri di cura riconosciuti dall'assicuratore. – A pena di decadenza dal proprio diritto alle prestazioni, una richiesta d'autorizzazione e la ricetta medica devono essere presentate all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura.
Occhiali da vista, lenti a contatto	– Bambini fino a 18 anni, Fr. 200.– ogni anno – Adulti da 19 anni, Fr. 500.– ogni 5 anni	– Assunzione dei costi di montatura, lenti o lenti a contatto.
Correzione chirurgica della vista	90%, max Fr. 800.– ogni 3 anni	– Il contributo per la correzione chirurgica della vista è erogato in complemento ai costi di occhiali da vista o lenti a contatto.
Mezzi ausiliari	90%, max Fr. 1'000.–/anno civile	– Assunzione delle spese di noleggio e d'acquisto di apparecchi ortopedici e di mezzi ausiliari (protesi dentarie escluse) secondo la lista definita dall'assicuratore.
Indennità per parto **Corsi di preparazione al parto**	Fr. 300.– Fr. 150.–	– Contributo erogato indipendentemente dal fatto che il parto sia di un solo bambino o gemellare. – Contributo per i corsi di preparazione al parto indolore o di preparazione alla nascita non assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
Vaccinazioni	90%, max Fr. 500.–/anno civile	– Rimborso delle spese per le vaccinazioni prescritte per motivi medici per la Svizzera (non incluse nell'ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie - OPre) e per quelle raccomandate dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) per i viaggi all'estero.

	Assunzione	Descrizione
Spese di trasporto, ricerca e salvataggio	100%, illimitato (trasporto) 90%, max Fr. 75'000.–/anno civile (ricerca e salvataggio)	– Fino al centro ospedaliero o dal medico più vicino, a condizione che tale trasporto sia necessario dal punto di vista medico. – Questo contributo è erogato soltanto in caso di trasporto in ambulanza, in elicottero o per le ricerche e il salvataggio. Sono altresì rimborsate le spese per i mezzi di trasporto pubblici (treno, autobus) necessari per effettuare un trattamento ambulatoriale il cui obiettivo è di evitare un'ospedalizzazione.
Psicoterapia	90%, max Fr. 1'200.–/anno civile	– Assunzione dei costi relativi a cure prescritte dal medico e dispensate da psicoterapeuti non medici e da psicologi indipendenti.
Groupe Mutuel Assistance	Secondo le condizioni generali d'assicurazione Groupe Mutuel Assistance	– Assunzione delle prestazioni previste dalle condizioni generali dell'assicurazione Groupe Mutuel Assistance (rimpatrio e trasporto allorquando il sinistro si verifica al di là di un raggio di 20 km dal domicilio dell'assicurato). – In deroga all'articolo 21 lettera c delle condizioni generali d'assicurazione Groupe Mutuel Assistance, la copertura non è esclusa in caso di convalescenza, per le affezioni in cura e non ancora guarite, come pure per le ricadute di malattie antecedenti e che presentano un rischio di aggravamento improvviso.
Spese di accompagnamento in ambito ospedaliero	90%, max Fr. 700.–/anno civile	– Assunzione delle spese di occupazione di un letto d'ospedale per un membro della famiglia, a condizione che tale misura sia giustificata dal punto di vista medico.
Assistenza a domicilio e Spese di collocamento	90%, max Fr. 3'000.–/anno civile	– Le spese derivanti dall'assunzione, necessaria dal punto di vista medico, di un'assistenza domiciliare, appartenente a un servizio ufficiale, che si occupa dei lavori domestici e delle esigenze quotidiane al posto dell'assicurato. Sono escluse tutte le altre spese (grandi pulizie ecc.). – Le spese di collocamento temporaneo dei membri della famiglia che vivono nella stessa casa dell'assicurato quando quest'ultimo deve, per ragioni mediche, essere ospedalizzato. Il collocamento temporaneo dei membri della famiglia dovrà essere effettuato presso un ente ufficiale. – L'assicurato deve prima richiedere l'accordo dell'assicuratore.
Sterilizzazione volontaria	90%, max Fr. 500.–	– Assunzione delle spese di intervento.
Logopedia	90%, max Fr. 500.–/anno civile	– Assunzione delle spese di un trattamento di logopedia non riconosciuto dalla LAMal, a condizione che sia prescritto da un medico ed eseguito da un logopedista riconosciuto.
Trattamenti dentari	75%, max Fr. 5'000.–/anno civile (Nessuna prestazione per il Livello 1 light)	1. Assunzione delle spese di: – trattamenti dentari effettuati da un medico dentista diplomato; – un controllo dentario profilattico l'anno; – cure d'ortopedia dento-facciale; – corone, ponti e protesi; – laboratorio. 2. Periodi di carenza: – tre mesi per i trattamenti dentari dovuti a una malattia; – dodici mesi per gli interventi protesici (sostituzione di denti, applicazione di corone, perni, ponti, protesi parziali o totali ecc.) dovuti a una malattia. 3. La tariffa ufficiale LAINF (nomenclatura e valore di punto) è determinante per calcolare le prestazioni rimborsate; un'eventuale maggiorazione non può superare il 50%.

2. All'estero
   1. Le seguenti prestazioni sono valide in tutto il mondo, ad esclusione della Svizzera, per i trattamenti che non sono coperti dalle assicurazioni sociali svizzere o estere o da altre assicurazioni private.
   2. Le prestazioni assicurate corrispondono a quelle coperte in Svizzera in caso di problemi di salute simili.
   3. Le ospedalizzazioni volontarie programmate fuori dell'UE/AELS/UK devono essere oggetto di richiesta scritta da parte dell'assicurato e sono assunte esclusivamente previo accordo dell'assicuratore. Quest'ultimo può esigere un preventivo dettagliato.
   4. Le seguenti prestazioni sono assunte se eseguite da persone o in centri titolari della formazione, del riconoscimento e dell'autorizzazione necessari degli organismi sociali esteri.
   5. A pena di decadenza dal proprio diritto alle prestazioni, le ospedalizzazioni e gli altri trattamenti onerosi oggetto di una richiesta di garanzia finanziaria da parte del fornitore di cure devono essere previamente notificati al Groupe Mutuel Assistance tramite il modulo «notifica per richiesta di garanzia finanziaria». Le emergenze devono essere subito notificate al Groupe Mutuel Assistance.
   6. Pagamento delle prestazioni
      Se diversi membri della famiglia si ammalano o sono vittima di un infortunio contemporaneamente, si deve richiedere al medico, all'ospedale, al farmacista o altro, una fattura separata per ogni assicurato ecc.
      Per ottenere il rimborso delle spese, l'assicurato deve fornire tutti i documenti giustificativi necessari (fatture originali o in formato digitale, certificati medici, prescrizioni mediche, ecc.). L'assicuratore si riserva il diritto di esigere la trasmissione di documenti originali e di prove di pagamento. Per le fatture provenienti dall'estero, il cambio riconosciuto è quello del corso ufficiale delle valute-franco svizzero in vigore l'ultimo giorno di cura.
      L'assicuratore riconosce le tariffe abituali valide nel paese o nella regione di cura. Si riserva il diritto di ridurre le fatture esageratamente elevate.
   7. Disposizioni particolari si applicano alle persone domiciliate all'estero che rimangono soggette all'assicura-

zione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal o alle persone che hanno scelto di mantenere la copertura assicurativa conformemente all'articolo 7a dell'OAMal tramite la stipulazione di un'assicurazione facoltativa delle cure secondo la LCA.
In deroga all'articolo 7 cpv. 2.3 delle CP, per le ospedalizzazioni volontarie programmate fuori dell'UE/AELS/UK non è necessario l'accordo preliminare dell'assicuratore.

	Assunzione	**Descrizione**
Ospedalizzazione (incluso il parto)	Camera con più di due letti (Livello 1 Light e Livello 1) Camera con due letti (Livello 2) Camera con un letto (Livello 3)	– Libera scelta, secondo il livello scelto, di un centro ospedaliero per cure generiche o psichiatriche, per malattie di tipo acuto. – Rimborso delle spese per le cure riconosciute dalla LAMal, delle spese di degenza in ospedale e degli onorari dei medici. – I centri ospedalieri devono essere riconosciuti dalle autorità sanitarie competenti del paese in cui è effettuato il trattamento. – Dopo 180 giorni d'ospedalizzazione durante un anno civile, le prestazioni d'ospedalizzazione non sono più erogate. – L'assicurato è tenuto a informarsi se il centro ospedaliero, il reparto scelto o la clinica presso cui si farà curare fanno parte dei centri riconosciuti dalle autorità sanitarie competenti del paese in cui è effettuato il trattamento.
Trattamenti ambulatoriali	90%	– Consultazioni, analisi, radiografie e medicinali riconosciuti.
Partecipazioni legali	100%	– Assunzione delle partecipazioni legali estere nell'ambito di un trattamento ambulatoriale od ospedaliero, conformemente all'accordo sulla libera circolazione delle persone UE/ AELS o di altre convenzioni internazionali di sicurezza sociale.
Medicina alternativa	75%	– Rimborso delle terapie secondo la lista sottostante (punto 7.3 lista delle terapie), effettuate da un medico diplomato o da uno specialista in terapie naturali riconosciuto dall'assicuratore. – Prima di ogni trattamento, l'assicurato è tenuto a richiedere l'accordo dell'assicuratore. Per emettere la propria decisione, l'assicuratore si basa per analogia sui criteri applicabili in Svizzera.
Cure di convalescenza e cure termali	90%, max Fr. 1'000.–/ anno civile	– Spese di cura e di vitto e alloggio in caso di cura di convalescenza e di cure termali in centri di cura riconosciuti dall'assicuratore per analogia ai criteri applicabili in Svizzera. – A pena di decadenza dal proprio diritto alle prestazioni, una richiesta d'autorizzazione e la ricetta medica devono essere presentate all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura.
Occhiali da vista, lenti a contatto	– Bambini fino a 18 anni, Fr. 200.– ogni anno – Adulti da 19 anni, Fr. 500.– ogni 5 anni	– Assunzione dei costi di montatura, lenti e lenti a contatto.
Correzione chirurgica della vista	90%, max Fr. 800.– ogni 3 anni	– Il contributo per la correzione chirurgica della vista è erogato in complemento ai costi di occhiali da vista o lenti a contatto.
Mezzi ausiliari	90%, max Fr. 1'000.–/anno civile	– Assunzione delle spese di noleggio e d'acquisto di apparecchi ortopedici e di mezzi ausiliari (protesi dentarie escluse). – Per il riconoscimento delle prestazioni, l'assicuratore si basa per analogia sui criteri applicabili in Svizzera.
Indennità per parto	Fr. 300.–	– Contributo erogato indipendentemente dal fatto che il parto sia di un solo bambino o gemellare.
Corsi di preparazione al parto	Fr. 150.–	– Contributo per i corsi di preparazione al parto indolore o di preparazione alla nascita non assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
Spese di trasporto, ricerca e salvataggio	100%, illimitato (trasporto) 90%, max Fr. 75'000.–/anno civile (ricerca e salvataggio)	– Fino al centro ospedaliero o dal medico più vicino, a condizione che tale trasporto sia necessario dal punto di vista medico. – Questo contributo è accordato solo in caso di trasporto in ambulanza, in elicottero o per le ricerche e il salvataggio. Sono altresì rimborsate le spese per i mezzi di trasporto pubblici (treno, autobus) necessari per effettuare un trattamento ambulatoriale il cui obiettivo è di evitare un'ospedalizzazione.
Vaccinazioni	90%, max Fr. 500.–/anno civile	– Rimborso delle spese per le vaccinazioni prescritte per motivi medici per la Svizzera (non incluse nell'ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie - OPre) e per quelle raccomandate dalle autorità sanitarie competenti.
Psicoterapia	90%, max Fr. 1'200.–/anno civile	– Assunzione dei costi relativi a cure prescritte dal medico e dispensate da psicoterapeuti non medici e da psicologi indipendenti.

	Assunzione	Descrizione
Groupe Mutuel Assistance	Secondo le condizioni generali d'assicurazione Groupe Mutuel Assistance	– Assunzione delle prestazioni previste dalle condizioni generali dell'assicurazione Groupe Mutuel Assistance. – In deroga all'articolo 4 punto 2 delle condizioni generali d'assicurazione Groupe Mutuel Assistance, non vi sono limitazioni per i viaggi o i soggiorni che superano i 60 giorni consecutivi all'estero. – In deroga all'articolo 21 lettera c delle condizioni generali d'assicurazione Groupe Mutuel Assistance, la copertura non è esclusa in caso di convalescenza, per le affezioni in cura e non ancora guarite, come pure per le ricadute di malattie antecedenti e che presentano un rischio di aggravamento improvviso.
Spese di accompagnamento in ambito ospedaliero	90%, max Fr. 700.–/anno civile	– Assunzione delle spese di occupazione di un letto d'ospedale per un membro della famiglia, a condizione che tale misura sia giustificata dal punto di vista medico.
Assistenza a domicilio e spese di collocamento	90%, max Fr. 3'000.–/anno civile	– Le spese derivanti dall'assunzione, necessaria dal punto di vista medico, di un'assistenza domiciliare, appartenente a un servizio ufficiale, che si occupa dei lavori domestici e delle esigenze quotidiane al posto dell'assicurato. Sono escluse tutte le altre spese (grandi pulizie ecc.). – Le spese di collocamento temporaneo dei membri della famiglia che vivono nella stessa casa dell'assicurato quando quest'ultimo deve, per ragioni mediche, essere ospedalizzato. Il collocamento temporaneo dei membri della famiglia dovrà essere effettuato presso un ente ufficiale. – L'assicurato deve prima richiedere l'accordo dell'assicuratore.
Sterilizzazione volontaria	90%, max Fr. 500.–	– Assunzione delle spese di intervento.
Logopedia	90%, max Fr. 500.–/anno civile	– Assunzione delle spese di un trattamento di logopedia non riconosciuto dalla LAMal, a condizione che sia prescritto da un medico ed eseguito da un logopedista riconosciuto.
Trattamenti dentari	75%, max Fr. 5'000.–/anno civile (Nessuna prestazione per il Livello 1 light)	1. Assunzione delle spese di: – trattamenti dentari effettuati da un medico dentista diplomato; – un controllo dentario profilattico l'anno; – cure d'ortopedia dento-facciale; – corone, ponti e protesi; – laboratorio. 2. Periodi di carenza: – tre mesi per i trattamenti dentari dovuti a una malattia; – dodici mesi per gli interventi protesici (sostituzione di denti, applicazione di corone, perni, ponti, protesi parziali o totali ecc.) dovuti a una malattia. 3. La tariffa ufficiale LAINF (nomenclatura e valore di punto) è determinante per calcolare le prestazioni rimborsate; un'eventuale maggiorazione non può superare il 50%.

3. Elenco delle terapie di «medicina alternativa»

Naturopatia	Tecniche di massaggio	Altre
Agopuntura	Digitopressione	Biodinamica
Aromaterapia	Drenaggio linfatico	Euritmia
Auricoloterapia	Etiopatia	Metodo tomatis
Biorisonanza	Fasciaterapia	Rebirthing
Bioterapia	Integrazione posturale	Sofrologia
Consulenze nutrizionali	Chinesiologia	
Cromoterapia	Massaggi	
Elettroagopuntura	Medicina antroposofica	
Geobiologia	Mesoterapia	
Erboristeria	Metamorfosi	
Omeopatia	Ortobionomia	
Iridologia	Osteopatia	
Irrigazione del colon	Polarità	
Laserterapia	Reiki	
Magnetismo	Riequilibrio energetico	
Magnetoterapia	Riflessologia	
Moraterapia	Rolfing	
Naturopatia	Shiatsu	
Ossigenoterapia	Trager	
Fitoterapia	Training autogeno	
Simpaticoterapia		
Ventose		

Art. 8 Diritto alle prestazioni

Le prestazioni sono erogate in funzione delle date di trattamento. Non è possibile accumulare le prestazioni cui si ha diritto in Svizzera e all'estero.
In deroga all'articolo 17 cpv. 4 delle CGC, gli assicurati che lo richiedono possono in via del tutto eccezionale indicare all'assicuratore un indirizzo di pagamento all'estero.
Le spese sostenute dopo aver estinto i propri diritti (prestazioni con limite di durata o di importo) non possono essere riportate all'anno successivo.
Se un trattamento medico o una terapia di medicina alternativa non è più giustificato/a dal punto di vista medico e non apporta più miglioramenti terapeutici, l'assicuratore informa l'assicurato della riduzione o della cessazione dell'erogazione delle prestazioni. Nei limiti previsti nelle presenti condizioni d'assicurazione, l'assicuratore rimborsa le spese non assunte dall'AOCMS quando le prestazioni sono fornite da un medico il cui diploma è riconosciuto dal diritto svizzero o da una persona autorizzata e riconosciuta dall'assicuratore. L'assicurazione disciplinata dalle presenti disposizioni non può in alcun caso coprire le aliquote e le franchigie legali dell'AOCMS e delle altre assicurazioni complementari.
La copertura assicurativa assume tuttavia le partecipazioni legali estere nell'ambito di una cura effettuata al di fuori della Svizzera, conformemente all'accordo sulla libera circolazione delle persone UE/AELS o ad altre convenzioni internazionali di sicurezza sociale e a condizione che la legge del paese in questione non lo vieti.

1. Estensione e durata delle prestazioni in caso d'ospedalizzazione

a. Le prestazioni ospedaliere sono limitate alla fase acuta della malattia. Quando la malattia non è più considerata acuta, in particolare in caso di trattamenti di affezioni stabilizzate o croniche, o quando la degenza in ospedale non serve più a migliorare lo stato di salute dell'assicurato, il diritto alle prestazioni si estingue.
b. Se un assicurato titolare dell'assicurazione Global GEM Livello 2 o 3 rinuncia spontaneamente o su proposta dell'assicuratore a un'ospedalizzazione nel reparto semiprivato o privato in favore del reparto comune, l'assicuratore può erogare un'indennità pari fino al 50% dei costi risparmiati dall'assicurato, ma al massimo Fr. 5'000.– per ogni ospedalizzazione. In caso di parto ambulatoriale o a domicilio, si applica soltanto la regola dell'articolo 8 cpv. 2 lettera d.

2. Assunzione delle prestazioni in caso di maternità

a. Le prestazioni in caso di degenza in ospedale per gravidanza e parto sono erogate solo dopo un periodo d'assicurazione di 12 mesi, con riserva dei casi di libero passaggio.
b. In caso di interruzione della gravidanza ai sensi della LAMal e per qualsiasi altra prestazione concernente la maternità, si applica il periodo di carenza previsto al punto a.
c. Alle assicurate titolari dell'assicurazione Global GEM Livelli 2 o 3 che per il parto soggiornano in ospedale per un periodo inferiore a sei giorni nel reparto semiprivato o privato, l'assicuratore versa un'indennità di Fr. 200.– per ogni giorno d'ospedalizzazione evitato. Le degenze ospedaliere oggetto di una fatturazione forfettaria non danno diritto a tale indennità. Sono riservate le disposizioni dell'articolo 8 cpv. 2 lettera a.
d. In caso di parto ambulatoriale o a domicilio, le assicurate titolari dell'assicurazione Global GEM Livello 2 ricevono un'indennità unica di Fr. 800.– e quelle titolari del Livello 3 un'indennità unica di Fr. 1'200.–, con riserva del periodo di carenza indicato alla lettera a soprastante.
e. Se un'assicurata è ricoverata nel reparto ospedaliero corrispondente alla propria copertura assicurativa, l'assicuratore assume anche le spese di degenza del neonato durante il ricovero della madre, a condizione che per il neonato si sottoscriva un'assicurazione delle cure presso l'assicuratore entro 30 giorni dalla nascita. Le spese personali non sono coperte. Il punto a di questo articolo è riservato.

3. Trapianti di organi

La presente assicurazione non prevede alcuna copertura assicurativa in caso di trapianto di organi.

Art. 9 Franchigia

Una franchigia di Fr. 300.– per anno civile è prelevata sulle prestazioni, ad eccezione delle spese per occhiali da vista, lenti a contatto o correzione chirurgica della vista.

Art. 10 Premi

1. I premi sono uniformi per uomini e donne.
2. L'assicurato che, durante l'anno, raggiunge l'età massima della sua classe d'età è automaticamente trasferito nella classe d'età superiore all'inizio dell'anno civile successivo. Le classi di età determinanti sono:
   - da 0 a 18 anni;
   - da 19 a 25 anni;
   - da 26 anni e fino a 71 anni, le classi d'età sono scaglionate in gruppi di cinque anni.

Art. 11 Uscita dalla cerchia degli assicurati del programma d'assicurazione collettivo GEM e scioglimento della convenzione quadro

1. In caso di uscita dalla cerchia degli assicurati del programma d'assicurazione collettivo GEM le persone assicurate passano automaticamente nei seguenti prodotti simili del Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA:
   - Global Solution, Livello 2 (categoria GO) con opzione «Prestazioni ampliate», ma senza opzione «Dentaire plus», **per gli assicurati titolari dell'assicurazione Global GEM Livello 1 Light;**
   - Global Solution, Livello 2 (categoria GO) con opzione «Prestazioni ampliate» e opzione «Dentaire plus» classe 1, **per gli assicurati titolari dell'assicurazione Global GEM Livello 1;**
   - Global Solution, Livello 3 – reparto semiprivato (categoria GO) con opzione «Prestazioni ampliate» e opzione «Dentaire plus» classe 1, **per gli assicurati titolari dell'assicurazione Global GEM Livello 2 (reparto semiprivato);**
   - Global Solution, Livello 3 – reparto privato (categoria GO) con opzione «Prestazioni ampliate» e opzione «Dentaire plus» classe 1, **per gli assicurati titolari dell'assicurazione Global GEM Livello 3 (reparto privato).**

Si applicano agli assicurati in questione le tariffe corrispondenti a tali prodotti.

2. La stessa regola si applica nei confronti dei membri della famiglia del dipendente deceduto assicurato nell'ambito del programma d'assicurazione collettivo.
3. Le riserve già esistenti prima dell'uscita dalla cerchia degli assicurati del programma d'assicurazione collettivo GEM sono mantenute.
4. L'entrata in vigore del contratto sottoscritto prima dell'uscita dalla cerchia degli assicurati del programma d'assicurazione collettivo GEM è considerato per calcolare i periodi di carenza.
5. Le prestazioni erogate prima dell'uscita dalla cerchia degli assicurati del programma d'assicurazione collettivo GEM sono considerate per calcolare i massimali delle prestazioni.
6. Le stesse disposizioni si applicano in caso di scioglimento della convenzione quadro stipulata tra il GEM e l'assicuratore o in caso di scioglimento della convenzione quadro stipulata tra l'azienda membro del GEM e l'assicuratore.
7. L'assicurato deve informare l'assicuratore per iscritto dell'uscita dalla cerchia degli assicurati del programma d'assicurazione collettivo entro 30 giorni.
8. L'assicurato può disdire il contratto entro trenta giorni dal ricevimento della nuova polizza.
9. Gli assicurati domiciliati in Svizzera che hanno fatto valere il diritto di disdetta secondo il punto 8 soprastante possono optare per i seguenti prodotti simili del Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA:
   - Assicurazione complementare d'ospedalizzazione, classe 1 – reparto comune (categoria HC) e/o Assicurazione delle cure complementari, classe 4 (categoria SC) e/o Assicurazione Mundo (categoria MU), **per gli assicurati titolari dell'assicurazione Global GEM Livello 1 Light;**
   - Assicurazione complementare d'ospedalizzazione, classe 1 – reparto comune (categoria HC) e/o Assicurazione delle cure complementari, classe 4 (categoria SC) e/o Assicurazione delle cure Dentaire plus, classe 3 (categoria DP) e/o Assicurazione Mundo (categoria MU), **per gli assicurati titolari dell'assicurazione Global GEM Livello 1;**
   - Assicurazione complementare d'ospedalizzazione, classe 2 – reparto semiprivato (categoria HC) e/o Assicurazione delle cure complementari, classe 4 (categoria SC) e/o Assicurazione delle cure Dentaire plus, classe 3 (categoria DP) e/o Assicurazione Mundo (categoria MU), **per gli assicurati titolari dell'assicurazione Global GEM Livello 2;**
   - Assicurazione complementare d'ospedalizzazione, classi 3 o 4 – reparto privato (categoria HC) e/o Assicurazione delle cure complementari, classe 4 (categoria SC) e/o Assicurazione delle cure Dentaire plus, classe 3 (categoria DP) e/o Assicurazione Mundo (categoria MU), **per gli assicurati titolari dell'assicurazione Global GEM Livello 3.**

   Si applicano agli assicurati in questione le tariffe corrispondenti a tali prodotti.

   Le disposizioni dei punti 2 a 5 soprastanti si applicano per analogia.

Art. 12 Protezione dei dati

Dati personali e sensibili

Il Groupe Mutuel Services SA tratta i dati personali e i dati sensibili del contraente, della persona assicurata, e, se del caso, dei loro aventi diritto o delle persone vincolate (qui di seguito: le persone interessate) per conto del Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA, il suo assicuratore. Il trattamento dei dati è delegato al Groupe Mutuel Services SA (qui di seguito: Groupe Mutuel), una società del Groupe Mutuel Holding SA. Queste due società sono soggette alla Legge federale sulla protezione dei dati (LPD).

Con l'espressione «dati personali» si intendono, in particolare, le informazioni relative alle persone interessate, che includono tra l'altro quelle relative alla gestione del contratto d'assicurazione.

Con l'espressione «dati sensibili» si intendono, in particolare, le informazioni relative allo stato di salute delle persone assicurate e ai sinistri. Sono soprattutto trattate le seguenti categorie di dati personali e sensibili: i dati personali dichiarativi delle persone interessate, vale a dire quei dati che il Groupe Mutuel può raccogliere dalle persone interessate in caso di interesse manifesto e/o in caso di sottoscrizione di prodotti e servizi che fornisce o distribuisce; i dati relativi alle prestazioni fornite o al funzionamento di prodotti e servizi o al loro utilizzo, in particolare quando si utilizzano i servizi online; i dati provenienti da terzi, da altri servizi o da informazioni pubbliche quando ciò è autorizzato.

Base giuridica

Il Groupe Mutuel tratta i dati personali e sensibili delle persone interessate e implementa il trattamento dei dati secondo le seguenti basi giuridiche: il consenso delle persone interessate, rispettivamente l'esplicito consenso per i dati sensibili; le disposizioni di legge applicabili alle attività del Groupe Mutuel (in particolare la LPD); il contratto stipulato tra il Groupe Mutuel e le persone interessate; l'interesse pubblico preponderante o l'interesse privato preponderante (ai sensi della LPD) del Groupe Mutuel o delle persone interessate.

Finalità

I dati personali e sensibili sono utilizzati in particolare per valutare i rischi da assicurare, trattare i sinistri, garantire il monitoraggio amministrativo, statistico e finanziario del contratto, consentire la gestione delle sue attività (statistiche, audit interno ed esterno ecc.) e il rispetto dei suoi obblighi legali, il miglioramento e lo sviluppo dei servizi forniti, l'ottimizzazione e l'economia dei costi assicurativi, l'esecuzione di operazioni di prospezione e di marketing, la gestione dei debiti e dei contenziosi, la lotta contro la frode, il riciclaggio di denaro, il finanziamento del terrorismo e l'evasione fiscale. A tal fine, tali dati potranno essere comunicati, condivisi e scambiati tra il Groupe Mutuel e terzi (vedere sotto). Per quanto concerne i dati utilizzati a fini statistici, questi sono resi anonimi.

Sicurezza

Nell'ambito del trattamento dei dati personali e considerando i rischi presentati dal trattamento, il Groupe Mutuel, i suoi intermediari assicurativi e altri mandatari (ad esempio un riassicuratore) si impegnano a prendere tutte le misure necessarie per conformarsi alla normativa sulla protezione dei dati.

Tali disposizioni includono, in particolare, le misure tecniche, fisiche e organizzative necessarie per tutelare la sicurezza dei dati personali e impedirne la modifica, il danneggiamento o l'accesso da parte di terzi non autorizzati.

Trasferimento dei dati
I dati sono trattati in modo riservato e possono essere comunicati a terzi (ad esempio: intermediari assicurativi, riassicuratori, medici, beneficiari, ufficio AI, sicurezza sociale del paese di residenza della persona assicurata) anche all'estero. Tale comunicazione avviene, ad esempio, sulla base di obblighi legali, decisioni giudiziarie, condizioni generali di assicurazione o consenso delle persone interessate. Il consenso deve essere dato esplicitamente se si tratta di dati sensibili. Se il trattamento dei dati è oggetto di un contratto di subappalto, outsourcing o collaborazione con terzi, questi ultimi si impegnano, nell'ambito del loro rapporto contrattuale con il Groupe Mutuel, a rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali. Il Groupe Mutuel seleziona i subappaltatori che presentano le necessarie garanzie. I dati affidati agli intermediari assicurativi saranno registrati e trasmessi al Groupe Mutuel per il trattamento delle domande di assicurazione e per il monitoraggio amministrativo e finanziario tra l'intermediario d'assicurazione e il Groupe Mutuel. Quest'ultimo non è responsabile del trattamento dei dati personali che l'interessato può avere autorizzato a terzi o che è realizzato indipendentemente dal Groupe Mutuel. Spetta alle persone interessate riferirsi alle politiche di protezione dei dati di terzi per verificare le condizioni del trattamento effettuato, o per esercitare i propri diritti in relazione a tale trattamento.

Profilatura
Durante il rapporto contrattuale con il Groupe Mutuel, le persone interessate possono essere oggetto di profilatura a scopo di marketing, in modo che l'assicuratore possa proporre servizi e prodotti che soddisfino le loro aspettative, il loro profilo e le loro esigenze.

Durata di conservazione
I dati personali sono conservati per tutto il tempo necessario per legge, per la gestione del contratto d'assicurazione, per i sinistri, per i diritti di ricorso, per la riscossione e/o per eventuali litigi tra il Groupe Mutuel, l'assicurato, l'intermediario d'assicurazione o i terzi.

Diritti di accesso e di rettifica
Le persone interessate hanno il diritto di accedere ai loro dati personali, far rettificare tali dati, far cancellare i loro dati nei limiti delle disposizioni di legge applicabili, far limitare il trattamento dei dati, chiedere il trasferimento dei dati, revocare il consenso al trattamento dei dati personali con riserva del trattamento dei dati necessari per l'esecuzione del contratto, rivolgersi all'autorità di vigilanza competente.

Data Protection Officer
Il Groupe Mutuel ha designato un Data Protection Officer (addetto alla protezione dei dati) che può essere contattato al seguente indirizzo:
dataprotection@groupemutuel.ch.
Maggiori informazioni sulla protezione dei dati si trovano nel sito Internet del Groupe Mutuel: www.groupemutuel.ch.

Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA (GMA SA)

Clausola addizionale alle condizioni particolari - versione del 01.01.2024 Global GEM - GGGA01

Le disposizioni della clausola addizionale si applicano a decorrere dal 1° gennaio 2024 alle persone che hanno sottoscritto l'assicurazione Global GEM - GGGA01.

Prestazioni assicurate
Sostituisce la parte «Ospedalizzazione (incluso il parto)» dell'art. 7 cpv. 1 colonna «Descrizione».

- L'assicurato ha la libera scelta in Svizzera, secondo il livello scelto, di un ente ospedaliero per cure generiche o psichiatriche, per malattie di tipo acuto.
- L'assicuratore assume i costi degli enti ospedalieri o dei medici riconosciuti, vale a dire quelli con cui l'assicuratore ha stipulato una convenzione tariffale.
- Se un assicurato usufruisce di prestazioni da parte di un ente ospedaliero o di un medico non riconosciuto, avrà diritto, a seconda del tipo di cura (acuta, di riabilitazione o psichiatrica) e del reparto (semiprivato o privato), al rimborso delle prestazioni d'ospedalizzazione con degenza effettivamente fatturate, ma non superiori ai seguenti importi per notte d'ospedalizzazione:

	Importo per notte d'ospedalizzazione			
	Cure acute		Riabilitazione e Psichiatria	
	Semiprivato	Privato	Semiprivato	Privato
Medico non riconosciuto Rimborso delle spese mediche	Fr. 500.–	Fr. 500.–	Fr. 0.–	Fr. 0.–
Ospedale non riconosciuto Rimborso delle spese ospedaliere	Fr. 300.–	Fr. 500.–	Fr. 100.–	Fr. 150.–
Ospedale e Medico non riconosciuti Rimborso totale - Spese mediche - Spese ospedaliere	Fr. 800.– - Fr. 500.– - Fr. 300.–	Fr. 1'000.– - Fr. 500.– - Fr. 500.–	Fr. 100.– - Fr. 0.– - Fr. 100.–	Fr. 150.– - Fr. 0.– - Fr. 150.–

- L'elenco dei fornitori di prestazioni e degli importi massimi è disponibile sul sito Internet dell'assicuratore o può essere ottenuto su richiesta. L'elenco valido al momento del trattamento è determinante.
- L'assicuratore può modificare in qualunque momento l'elenco dei fornitori di prestazioni. Tale modifica dell'elenco non fa scaturire alcun diritto di disdetta per il contraente.
- Dopo 180 giorni d'ospedalizzazione durante un anno civile, le prestazioni d'ospedalizzazione non sono più erogate.
- L'assicurato è tenuto a informarsi se l'ente ospedaliero, il reparto scelto o la clinica presso cui si farà curare fanno parte degli enti riconosciuti dall'assicuratore.