groupemutuel

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Global Business

GK

GKGA01-I4 – edizione 01.01.2024

Indice

Art. 1 Scopo dell'assicurazione
Art. 2 Rischi coperti
Art. 3 Condizioni d'adesione
Art. 4 Disposizioni particolari
Art. 5 Disdetta del contratto d'assicurazione
Art. 6 Prestazioni assicurate
Art. 7 Diritto alle prestazioni
Art. 8 Premi
Art. 9 Uscita dalla cerchia degli assicurati di un programma d'assicurazione collettivo e scioglimento della convenzione quadro

Le seguenti disposizioni sono disciplinate dalle condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari (CGC), la cui data di edizione è indicata nella polizza d'assicurazione, a condizione che le presenti condizioni particolari non vi deroghino.

Art. 1 Scopo dell'assicurazione

1. Lo scopo della presente assicurazione è di fornire agli assicurati prestazioni specifiche in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), secondo la legge sull'assicurazione malattie (LAMal).
2. Per le persone soggette all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) che hanno scelto di mantenere la loro copertura d'assicurazione conformemente all'articolo 7a dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal), mediante la sottoscrizione di un'assicurazione facoltativa delle cure secondo la legge sul contratto d'assicurazione (LCA), le prestazioni dell'assicurazione Global Business sono corrisposte in complemento alla suddetta assicurazione.
3. L'assicurazione Global Business propone tre livelli di copertura (modulo di base):
   – Livello 1
   – Livello 2
   – Livello 3
4. Il modulo di base può essere completato dall'opzione «Dentaire plus».

Art. 2 Rischi coperti

Le prestazioni dell'assicurazione Global Business sono erogate in caso di malattia, d'infortunio e di maternità.

Art. 3 Condizioni d'adesione

1. L'adesione all'assicurazione Global Business è riservata alla cerchia di persone assicurabili definita nella convenzione quadro stipulata tra un'azienda e l'assicuratore, la quale definisce altresì le condizioni d'adesione applicabili per le varie categorie di proponenti. Questi ultimi devono essere domiciliati in Svizzera al momento dell'adesione.
2. Non sussiste alcun limite d'età per sottoscrivere l'assicurazione Global Business Livello 1. Per il Livello 2 e il Livello 3, il limite d'età è fissato al giorno del compimento dei 65 anni. Sono riservate le condizioni d'adesione dell'opzione «Dentaire plus» definite nell'articolo 6 cpv. 5 delle presenti condizioni.

Art. 4 Disposizioni particolari

1. In deroga all'articolo 14 let. d delle CGC, in caso di trasferimento del domicilio all'estero, il contratto d'assicurazione è mantenuto senza che sia necessario un accordo specifico.
2. In deroga agli articoli 6 cpv. 5 e 7 cpv. 7 delle presenti condizioni, ai dipendenti di cittadinanza straniera o svizzera che sono trasferiti o assunti dal loro 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 componenti della loro famiglia, non è applicato alcun periodo di carenza per le cure dentarie e le prestazioni di maternità.
3. In caso di trasferimento del domicilio all'estero durante la validità del contratto, l'assicurazione Global Business può essere mantenuta, senza possibilità d'aumento della copertura d'assicurazione, a condizione che l'assicurato rimanga assoggettato all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie LAMal, in virtù dell'accordo sulla libera circolazione delle persone UE/AELS o di altre convenzioni internazionali di sicurezza sociale o benefici di un copertura ai sensi dell'articolo 1 cpv. 2 delle presenti condizioni.
4. Se non soddisfa più i criteri definiti nell'articolo 4 cpv. 3 delle presenti condizioni, l'assicurato domiciliato all'estero deve informarne l'assicuratore per iscritto, entro 30 giorni. In caso di inosservanza di tale obbligo, l'assicurato dovrà rimborsare all'assicuratore eventuali prestazioni erogate a decorrere dalla data in cui i criteri precitati non sono più soddisfatti.

Art. 5 Disdetta del contratto d'assicurazione

1. In deroga all'articolo 13 cpv. 2 delle CGC, l'assicurato può recedere dal contratto d'assicurazione al termine di tre anni di copertura assicurativa e poi annualmente per la fine di un anno civile con preavviso di tre mesi, con riserva delle disposizioni dell'articolo 9 delle presenti condizioni.
2. Se i criteri specificati nell'articolo 4 cpv. 3 delle presenti condizioni non sono più soddisfatti, l'assicuratore disdice l'assicurazione Global Business con effetto retroattivo a decorrere dalla data in cui l'assicurato domiciliato all'estero non soddisfa più i criteri in questione.

Art. 6 Prestazioni assicurate

1. In Svizzera

	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Dettagli
Ospedalizzazione	Reparto comune	Libera scelta del reparto con le seguenti partecipazioni a carico dell'assicurato: – comune Fr. 0.– – semiprivato Fr. 100.–/ giorno max 30 giorni/ anno civile – privato Fr. 200.–/ giorno max 20 giorni/ anno civile	Reparto privato	**Descrizione** – L'assicurato ha la libera scelta in Svizzera, secondo il livello scelto, di un ente ospedaliero per cure generiche o psichiatriche, per le malattie di tipo acuto, gli infortuni e la maternità. – 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 al massimo gli importi che figurano nell'Allegato A, per notte d'ospedalizzazione. – 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. **Osservazioni** – Il diritto alle prestazioni d'ospedalizzazione in un centro psichiatrico è limitato a 60 giorni durante un anno civile. – Dopo 180 giorni d'ospedalizzazione nel reparto semiprivato o privato durante un anno civile, le prestazioni ospedaliere non sono più erogate. – La durata delle prestazioni in un centro di cure psichiatriche (60 giorni) è imputata sulle prestazioni d'ospedalizzazione nel reparto semiprivato o privato (180 giorni precitati). **Obbligo dell'assicurato** – L'assicurato è tenuto ad informarsi se il centro ospedaliero, il reparto scelto o la clinica dove si farà curare fa parte degli enti riconosciuti dall'assicuratore.
Interventi chirurgici ambulatoriali	Nessuna prestazione	Max Fr. 400.–/ anno civile	Max Fr. 600.–/ anno civile	– Se l'assicurato subisce, in una sala operatoria, un intervento chirurgico ambulatoriale rimborsato dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), presso un fornitore di cure riconosciuto ai sensi della LAMal, l'assicuratore assume i seguenti costi: • alloggio dell'assicurato e dei suoi accompagnatori in un ente ospedaliero o un albergo per la notte precedente e/o seguente il trattamento; • trasporto dell'assicurato tra il proprio domicilio e il fornitore di cure in questione (andata e/o ritorno con trasporti pubblici o taxi).
Medicinali limitati e fuori lista	90%	90%	90%	**Descrizione** – Medicinali prescritti da un medico o da un fornitore di cure riconosciuto ai sensi della LAMal, non rimborsati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). **Esclusione** – Prodotti che figurano nell'elenco dei preparati farmaceutici per applicazioni speciali (EPFA).
Spese di trasporto e di soccorso	90%	90%	90%	**Descrizione** – Fino al centro ospedaliero o dal medico più vicino, a condizione che tale trasporto sia necessario dal punto di vista medico. **Osservazione** – Questo contributo è concesso solo in caso di trasporto in ambulanza o in elicottero. 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.

	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Dettagli
Terapie di medicina alternativa	30%, max Fr. 2'000.-/ anno civile	60%, max Fr. 3'000.–/ anno civile	90%, max Fr. 4'000.–/ anno civile	**Descrizione** – Rimborso delle terapie secondo la lista sottostante (art. 6 cpv. 3 lista delle terapie) praticate da un medico diplomato o da uno specialista in terapie naturali riconosciuto dall'assicuratore. **Obbligo dell'assicurato** – Prima di ogni trattamento, l'assicurato è tenuto ad informarsi se il terapeuta presso cui si farà curare fa parte di quelli riconosciuti dall'assicuratore per la terapia prevista.
Occhiali da vista e lenti a contatto	Fr. 150.– ogni tre anni	Fr. 200.– ogni tre anni	Fr. 200.– ogni tre anni	– Costi di montatura, lenti o lenti a contatto.
Cure termali	Nessuna prestazione	50%, max 30 giorni/ anno civile	90%, max 30 giorni/ anno civile	**Descrizione** – Spese di cura e di alloggio in caso di cure termali nei centri di cure balneari riconosciuti dall'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre) e a condizione che le prestazioni siano prescritte da un medico riconosciuto ai sensi della LAMal. **Obbligo dell'assicurato** – A pena di decadenza del diritto alle prestazioni, una richiesta d'autorizzazione e la ricetta medica devono essere trasmesse all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura.
Cure di convalescenza	Nessuna prestazione	50%, max 30 giorni/ anno civile	90%, max 30 giorni/ anno civile	**Descrizione** – Spese di cura e di alloggio in caso di cura di convalescenza in Svizzera nei centri di cura riconosciuti dall'assicuratore, a condizione che la cura sia stata prescritta in seguito a un'ospedalizzazione. **Obbligo dell'assicurato** – A pena di decadenza dal diritto alle prestazioni, una richiesta d'autorizzazione e la ricetta medica devono essere trasmesse all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura.
Assistenza a domicilio	50%, max Fr. 1'500.–/ anno civile	50%, max Fr. 1'500.–/ anno civile	90%, max Fr. 2'500.–/ anno civile	**Descrizione** – 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.). **Osservazione** – Non è versata alcuna prestazione se l'assicurato è riconosciuto invalido dall'assicurazione invalidità (AI), se beneficia di una rendita per grandi invalidi o se è ricoverato in un centro di cura o di convalescenza. **Obbligo dell'assicurato** – L'assicurato è tenuto a richiedere l'accordo preliminare dell'assicuratore.
Vaccinazioni	90%	90%	90%	– 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 per i viaggi all'estero.
Check-up	90%, max Fr. 600.– ogni tre anni	90%, max Fr. 800.– ogni tre anni	90%, max Fr. 1'000.– ogni tre anni	– Sono rimborsati solo i check-up eseguiti da un medico riconosciuto ai sensi della LAMal.
Secondo parere	90%	90%	90%	– Rimborso delle spese per un secondo parere medico prima di un'ospedalizzazione, a condizione che l'indicazione «secondo parere» figuri nella fattura degli onorari.
Promozione della Salute	50%, max Fr. 200.–/ anno civile	50%, max Fr. 200.–/ anno civile	50%, max Fr. 200.–/ anno civile	**Descrizione** – Spese per misure volte a promuovere la salute nei seguenti campi: • fitness; • scuola della schiena; • cure di disintossicazione dal tabacco o dall'alcol. **Osservazione** – Se nel corso dello stesso anno civile si prendono diverse misure volte a promuovere la salute, la prestazione massima totale versata è di Fr. 200.–.
Ecografie in caso di gravidanza	Fr. 150.– per gravidanza	Fr. 150.– per gravidanza	Fr. 150.– per gravidanza	– Ecografie che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
Corsi di preparazione al parto	Fr. 150.– per gravidanza	Fr. 150.– per gravidanza	Fr. 150.– per gravidanza	– Corsi per parto indolore o di preparazione al parto che non sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
Indennità unica d'allattamento	Fr. 100.– per bambino	Fr. 100.– per bambino	Fr. 100.– per bambino	– La partoriente ha diritto all'indennità, se allatta il bambino per almeno 30 giorni e se tale durata d'allattamento è confermata dal medico o dalla levatrice. In caso di parto multiplo, l'indennità è versata per ogni bambino.

2. All'estero

a. Le seguenti prestazioni sono valide in tutto il mondo, ad esclusione della Svizzera, in supplemento o in complemento alla copertura sociale svizzera, rispettivamente in supplemento o in complemento al catalogo delle prestazioni di cui l'assicurato può beneficiare in virtù di una convenzione internazionale di sicurezza sociale con la Svizzera.

b. Con riserva di casi che rientrano nell'assistenza in materia di prestazioni applicabile tra gli Stati membri dell'UE e dell'AELS, le prestazioni assicurate corrispondono a quelle coperte in Svizzera in caso di problemi di salute simili.

c. Ad eccezione delle prestazioni «Occhiali da vista e lenti a contatto» e «Opzione Dentaire plus», i trattamenti volontari all'estero devono essere oggetto di una domanda d'autorizzazione scritta da parte dell'assicurato e sono assunti esclusivamente se previamente autorizzati dall'assicuratore.

d. Le seguenti prestazioni sono assunte se fornite da persone o enti titolari della formazione, del riconoscimento e dell'autorizzazione necessari da parte degli organismi sociali esteri.

e. A pena di decadenza del 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 immediatamente comunicate al Groupe Mutuel Assistance.

f. Pagamento delle prestazioni
   - Se diversi membri della famiglia si ammalano o sono vittime di un infortunio contemporaneamente, si deve richiedere al medico, all'ospedale, al farmacista o altro, una fattura separata per ogni assicurato.
   - Per ottenere il rimborso delle spese, l'assicurato deve fornire tutti i documenti giustificativi necessari originali o in formato elettronico (fatture dettagliate, certificati medici, prescrizioni mediche ecc.). L'assicuratore si riserva il diritto di esigere la produzione 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.

g. In deroga all'articolo 5 cpv. 2 let. c delle presenti condizioni, le persone residenti all'estero che continuano ad essere assoggettate all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal, o le persone che hanno scelto di mantenere la loro copertura d'assicurazione conformemente all'articolo 7a dell'Ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal), mediante la sottoscrizione di un'assicurazione facoltativa delle cure secondo la legge sul contratto d'assicurazione (LCA), non devono richiedere l'accordo preliminare dell'assicuratore per i trattamenti volontari effettuati nel loro paese di residenza.
Rimane riservata la lettera e del presente articolo.

	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Dettagli
Ospedalizzazione	Camera con più di due letti	Libera scelta del reparto con le seguenti partecipazioni a carico dell'assicurato: – camera con più di due letti Fr. 0.– – camera con due letti Fr. 100.–/ giorno max 30 giorni/ anno civile – camera con un letto Fr. 200.–/ giono max 20 giorni/ anno civile	Camera con un letto	**Descrizione** – Libera scelta, secondo il livello scelto, di un ente ospedaliero per cure generiche o psichiatriche, per le malattie di tipo acuto, gli infortuni e la maternità. – Rimborso delle spese per le cure riconosciute dalla LAMal, delle spese di degenza in ospedale e degli onorari dei medici. **Osservazioni** – Gli enti ospedalieri devono essere riconosciuti dalle autorità sanitarie del paese in cui è effettuato il trattamento. – Il diritto alle prestazioni d'ospedalizzazione in un centro di cure psichiatrico è limitato a 60 giorni durante un anno civile. – Dopo 180 giorni d'ospedalizzazione in camera con due letti o con un letto durante un anno civile, le prestazioni ospedaliere non sono più versate. – La durata delle prestazioni in un centro di cure psichiatriche (60 giorni) è imputata sulle prestazioni d'ospedalizzazione in camera con due letti o con un letto (180 giorni precitati). – Le prestazioni d'ospedalizzazione all'estero sono limitate al massimo a Fr. 3'000.–/ giorno. **Obbligo dell'assicurato** – L'assicurato è tenuto ad informarsi se il centro ospedaliero, il reparto scelto o la clinica dove si farà curare fa parte dei centri riconosciuti dalle autorità sanitarie del paese in cui è effettuato il trattamento.
Interventi chirurgici ambulatoriali	Nessuna prestazione	Max Fr. 400.–/ anno civile	Max Fr. 600.–/ anno civile	– Se l'assicurato subisce, in una sala operatoria, un intervento chirurgico ambulatoriale coperto secondo il catalogo delle prestazioni previste dalla LAMal, effettuato da un fornitore di cure riconosciuto dalle autorità sanitarie del paese in cui è effettuato il trattamento, l'assicuratore assume i seguenti costi: • alloggio dell'assicurato e dei suoi accompagnatori in un centro ospedaliero o un albergo per la notte precedente e/o seguente il trattamento; • trasporto dell'assicurato tra il proprio domicilio e il fornitore di cure in questione (andata e/o ritorno con trasporti pubblici o taxi).

	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Dettagli
Trattamenti ambulatoriali	90%	90%	90%	– Consulti, analisi, radiografie e medicinali riconosciuti. – Partecipazioni legali estere secondo l'articolo 7 cpv. 5 delle presenti condizioni.
Spese di trasporto e di soccorso	90%	90%	90%	**Descrizione** – Fino al centro ospedaliero o dal medico più vicino a condizione che tale trasporto sia necessario dal punto di vista medico. **Osservazione** – Questo contributo è concesso solo in caso di trasporto in ambulanza o in elicottero. 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.
Terapie di medicina alternativa	30%, max Fr. 2'000.–/ anno civile	60%, max Fr. 3'000.–/ anno civile	90%, max Fr. 4'000.–/ anno civile	**Descrizione** – Rimborso delle terapie secondo la lista sottostante (art. 6 cpv. 3 lista delle terapie) praticate da un medico diplomato o da uno specialista in terapie naturali riconosciuto dall'assicuratore. **Obbligo dell'assicurato** – Prima di ogni trattamento, l'assicurato è tenuto a ottenere l'accordo preliminare dell'assicuratore. Per emettere la propria decisione, l'assicuratore si basa per analogia sui criteri applicabili in Svizzera.
Occhiali da vista e lenti a contatto	Fr. 150.– ogni tre anni	Fr. 200.– ogni tre anni	Fr. 200.– ogni tre anni	– Costi per montature, lenti o lenti a contatto.
Cure termali	Nessuna prestazione	50%, max 30 giorni / anno civile	90%, max 30 giorni / anno civile	**Descrizione** – Spese di cura e di alloggio in caso di cure termali nei centri di cure balneari riconosciuti dall'assicuratore per analogia ai criteri applicabili in Svizzera e a condizione che le prestazioni siano prescritte da un medico riconosciuto dalle autorità sanitarie competenti. **Obbligo dell'assicurato** – A pena di decadenza del diritto alle prestazioni, una richiesta d'autorizzazione e la ricetta medica devono essere presentate all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura.
Cure di convalescenza	Nessuna prestazione	50%, max 30 giorni/ anno civile	90%, max 30 giorni/ anno civile	**Descrizione** – Spese di cura e di alloggio in caso di cura di convalescenza nei centri riconosciuti dall'assicuratore per analogia ai criteri applicabili in Svizzera e a condizione che la cura sia stata prescritta in seguito a un'ospedalizzazione. **Obbligo dell'assicurato** – A pena di decadenza del diritto alle prestazioni, una richiesta d'autorizzazione e la ricetta medica devono essere trasmesse all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura.
Assistenza a domicilio	50%, max Fr. 1'500.–/ anno civile	50%, max Fr. 1'500.–/ anno civile	90%, max Fr. 2'500.–/ anno civile	**Descrizione** – 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.). **Osservazione** – Non è versata alcuna prestazione se l'assicurato è riconosciuto invalido dall'assicurazione invalidità (AI), se beneficia di una rendita per grandi invalidi o se è ricoverato in un centro di cura o di convalescenza. **Obbligo dell'assicurato** – L'assicurato è tenuto a richiedere l'accordo preliminare dell'assicuratore.
Vaccinazioni	90%	90%	90%	– 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.
Check-up	90%, max Fr. 600.– ogni tre anni	90%, max Fr. 800.– ogni tre anni	90%, max Fr. 1'000.– ogni tre anni	– Sono rimborsati solo i check-up eseguiti da un medico riconosciuto dalle autorità sanitarie competenti.
Secondo parere	90%	90%	90%	– Rimborso delle spese per un secondo parere medico prima di un'opedalizzazione, a condizione che l'indicazione «secondo parere» figuri nella fattura degli onorari.
Promozione della Salute	50%, max Fr. 200.–/ anno civile	50%, max Fr. 200.–/ anno civile	50%, max Fr. 200.–/ anno civile	**Descrizione** – Spese per misure volte a promuovere la salute nei seguenti campi: • fitness; • scuola della schiena; • cure di disintossicazione dal tabacco o dall'alcol. **Osservazione** – Se nel corso dello stesso anno civile si prendono diverse misure volte a promuovere la salute, la prestazione massima totale versata è di Fr. 200.–.

	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Dettagli
Ecografie in caso di gravidanza	Fr. 150.– per gravidanza	Fr. 150.– per gravidanza	Fr. 150.– per gravidanza	– Ecografie che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
Corsi di preparazione al parto	Fr. 150.– per gravidanza	Fr. 150.– per gravidanza	Fr. 150.– per gravidanza	– Corsi per parto indolore o di preparazione al parto che non sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
Indennità unica d'allattamento	Fr. 100.– per bambino	Fr. 100.– per bambino	Fr. 100.– per bambino	– La partoriente ha diritto all'indennità, se allatta il bambino per almeno 30 giorni e se tale durata d'allattamento è confermata dal medico o dalla levatrice. In caso di parto multiplo, l'indennità è versata per ogni bambino.

3. Lista delle terapie di «medicina alternativa»

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

4. Groupe Mutuel Assistance

a. Le 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, in Svizzera e all'estero).

b. In deroga all'articolo 4 cpv. 2 delle condizioni generali dell'assicurazione Groupe Mutuel Assistance, la copertura delle persone assicurate domiciliate all'estero secondo l'articolo 4 cpv. 1 delle presenti condizioni non è limitata a 60 giorni consecutivi nel loro paese di residenza.

5. Opzione «Dentaire plus»

a. Con un supplemento di premio, l'assicurato può ampliare la propria copertura d'assicurazione per le cure dentarie sottostanti. Con questa opzione, la percentuale e il limite d'assunzione delle spese dentarie sono i seguenti:
   – classe 1: 75%, max Fr. 3'000.–/anno civile
   – classe 2: 75%, max Fr. 15'000.–/anno civile
   L'opzione assicurata e la classe d'assicurazione sono specificate nella polizza d'assicurazione.

b. Chiunque può stipulare l'opzione «Dentaire plus» fino all'età di 60 anni compiuti.

c. L'adesione avviene sulla base di un modulo rilasciato dall'assicuratore, firmato dal proponente o dal suo rappresentante legale, accompagnato da un certificato rilasciato da un medico dentista titolare di un diploma federale o di un diploma equivalente riconosciuto in Svizzera.

d. L'assicuratore assume, fino a concorrenza di Fr. 75.–, gli onorari del medico dentista che ha rilasciato il certificato.

e. L'opzione «Dentaire plus» assume esclusivamente i seguenti costi:
   1. trattamenti dentari effettuati da un medico dentista diplomato;
   2. controllo dentario profilattico annuo;
   3. cure di ortopedia dento-facciale;
   4. laboratorio.

f. Per i trattamenti dentari successivi a un infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione, il diritto alle prestazioni è immediato.

g. Le prestazioni per interventi protesici (sostituzione di denti, applicazione di corone, perni, ponti, protesi parziali o totali ecc.) sono concesse subito dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione, in caso di infortunio; dopo almeno 12 mesi d'affiliazione negli altri casi.
h. Per tutti gli altri trattamenti dentari, le prestazioni sono concesse dopo un periodo di carenza di tre mesi.
i. La tariffa ufficiale LAINF (nomenclatura e valore di punto) è determinante per calcolare le prestazioni rimborsate; un'eventuale maggiorazione non può superare il 50%.
j. I trattamenti all'estero sono assunti a condizione che il personale medico estero goda di una formazione equivalente a quella svizzera e che i costi non superino quelli che sarebbero fatturati in Svizzera.

Art. 7 Diritto alle prestazioni

1. Le prestazioni sono erogate in funzione delle date di trattamento. Le spese sostenute dopo aver estinto i propri diritti (prestazioni con limite di durata o di importo) non possono essere riportate all'anno successivo.
2. Non è possibile accumulare le prestazioni assicurate in Svizzera e all'estero.
3. In deroga all'articolo 17 cpv. 4 delle CGC, gli assicurati che lo richiedono possono eccezionalmente indicare all'assicuratore un indirizzo di pagamento all'estero.
4. Se un trattamento medico o una terapia di medicina alternativa non è più giustificato(a) dal punto di vista medico e non procura più benefici terapeutici, l'assicuratore informa l'assicurato della riduzione o della cessazione del versamento delle prestazioni.
5. Nei limiti previsti nelle presenti condizioni d'assicurazione, l'assicuratore rimborsa le spese non assunte dall'AOMS 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'AOMS e delle altre assicurazioni complementari.
   La copertura d'assicurazione assume tuttavia le partecipazioni legali estere nell'ambito di un trattamento eseguito fuori della Svizzera conformemente all'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.
6. 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 considerate 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. L'assicurato titolare dell'assicurazione Global Business Livello 2 gode della libera scelta del reparto ospedaliero con applicazione delle partecipazioni giornaliere e dei limiti annui previsti nell'articolo 6 delle presenti condizioni.
      Nel calcolo del numero di giorni d'ospedalizzazione soggetti a partecipazione da parte dell'assicurato, il giorno d'ammissione e il giorno di dimissione sono considerati come giorni interi, quando sono fatturati dal centro ospedaliero.
      Se, per delle ospedalizzazioni durante l'anno civile, l'assicurato sceglie i reparti semiprivato e privato, l'importo massimo dovuto dall'assicurato è quello equivalente al limite applicabile per il reparto privato, vale a dire Fr. 4'000.–.
   c. Se l'assicurato titolare dell'assicurazione Global Business Livello 3 rinuncia di sua spontanea volontà o su proposta dell'assicuratore a una degenza nel reparto privato per una degenza nel reparto comune, l'assicuratore può accordare un indennizzo fino al 50% dei costi risparmiati e da esso preventivati, ma al massimo Fr. 5'000.– per ospedalizzazione. Tale prestazione non è erogata in caso di parto ambulatoriale o a domicilio.
7. Copertura 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 di assicurazione di 12 mesi.
   b. In caso di interruzione della gravidanza ai sensi della LAMal e per qualsiasi altra prestazione in relazione con la maternità, è applicabile il termine di attesa previsto alla lettera a soprastante.
   c. In caso di parto ambulatoriale o a domicilio, l'assicurata del Livello 1 riceve un indennizzo di Fr. 800.–, l'assicurata del Livello 2 un indennizzo di Fr. 1'000.– e l'assicurata del Livello 3 un indennizzo di Fr. 1'200.–, con riserva del periodo di carenza specificato nella lettera a sosprastante.
   d. 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. La lettera a sosprastante è riservata.
8. Trapianto di organi
   La presente assicurazione non prevede alcuna copertura assicurativa in caso di trapianto di organi.
9. Opzione «Dentaire plus»
   Le prestazioni specificate nell'articolo 6 cpv. 5 delle presenti condizioni sono coperte a condizione che siano espressamente indicate nella polizza.

Art. 8 Premi

1. 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. Ad eccezione dell'opzione «Dentaire plus», 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.
2. Per l'opzione «Dentaire plus», le classi d'età si scaglionano in gruppi di cinque anni (0-5 anni, 6-10 anni ecc.). I premi tengono conto delle classi d'età summenzionate.

Art. 9 Uscita dalla cerchia degli assicurati di un programma d'assicurazione collettivo e scioglimento della convenzione quadro

1. In caso di uscita dalla cerchia degli assicurati di un programma d'assicurazione collettivo, le persone assicurate passano automaticamente nei seguenti prodotti simili di Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA:
   – Assicurazione complementare d'ospedalizzazione classe 1 – reparto comune (categoria HC) e assicurazione delle cure complementari classe 1 (categoria SC) e assicurazione Mundo (categoria MU), per gli assicurati titolari dell'assicurazione Global Business Livello 1.
   – Assicurazione in caso d'ospedalizzazione H-Bonus (categoria HB) e assicurazione delle cure complementari classe 3 (categoria SC) e assicurazione Mundo (categoria MU), per gli assicurati titolari dell'assicurazione Global Business Livello 2.
   - Assicurazione complementare d'ospedalizzazione classe 4 – reparto privato senza franchigia (categoria HC) e assicurazione delle cure complementari classe 4 (categoria SC) e assicurazione Mundo (categoria MU), per gli assicurati titolari dell'assicurazione Global Business Livello 3.
   - Assicurazione delle cure dentarie (Dentaire Plus) classe 3, inclusa la classe complementare 5 (categoria DP), per gli assicurati che hanno sottoscritto l'opzione «Dentaire plus» classe 1 dell'assicurazione Global Business;
   - Assicurazione delle cure dentarie (Dentaire Plus) classe 4, inclusa la classe complementare 5 (categoria DP), per gli assicurati che hanno sottoscritto l'opzione «Dentaire plus» classe 2 dell'assicurazione Global Business.

   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 sono mantenute.
4. L'entrata in vigore del contratto sottoscritto prima dell'uscita dalla cerchia degli assicurati del programma d'assicurazione collettivo è considerato per calcolare i periodi di carenza.
5. Le prestazioni erogate prima dell'uscita dalla cerchia degli assicurati del programma d'assicurazione collettivo sono considerate per calcolare i massimali delle prestazioni.
6. Le stesse disposizioni si applicano in caso di scioglimento della convenzione quadro stipulata tra l'azienda assicurata 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. In caso di scioglimento di una convenzione quadro che prevede il pagamento della totalità o di parte dei premi da parte dell'azienda assicurata, i premi dovuti per i periodi d'assicurazione successivi alla fine della convenzione quadro sono direttamente fatturati all'assicurato, che ne è debitore del pagamento.
9. L'assicurato può recedere dal contratto o da determinati prodotti assicurativi o scegliere di sottoscrivere, senza esame dello stato di salute, un'eventuale classe inferiore di tali prodotti, entro 30 giorni dal ricevimento della nuova polizza.
10. Se l'assicurazione Global Business cessa di produrre i propri effetti conformemente all'articolo 5 cpv. 2 delle presenti condizioni, anche la copertura d'assicurazione si estingue senza passaggio automatico in prodotti assicurativi simili ai sensi del presente articolo 9 cpv. 1-6.

Allegato A

Importi massimi rimborsati per le prestazioni d'ospedalizzazione fornite da enti ospedalieri o medici non riconosciuti dall'assicuratore (cfr. art. 6.1 delle presenti Condizioni particolari d'assicurazione, sezione Ospedalizzazione in Svizzera).

	Importi 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. 1000.- – Fr. 500.- – Fr. 500.-	Fr. 100.- – Fr. 0.- – Fr. 100.-	Fr. 150.- – Fr. 0.- – Fr. 150.-