

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Global mi-privée

GM

GMGA01-I10 – edizione 01.01.2024

Indice

Art. 1	Condizioni d'adesione	Art. 4	Diritto alle prestazioni
Art. 2	Prestazioni assicurate	Art. 5	Vantaggi «LeClub»
Art. 3	Estensione delle prestazioni	Art. 6	Premio

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 Condizioni d'adesione

- Qualsiasi persona può aderire all'assicurazione complementare Global mi-privée fino all'età di 55 anni compiuti.
- Gli assicurati da 0 a 18 anni, ovvero fino al 31 dicembre dell'anno del loro 18° compleanno, beneficiano delle prestazioni supplementari descritte nell'art. 2 punto 2.2, Global junior.
- Dal 1° gennaio dell'anno che segue il compimento di 55 anni, l'assicurato beneficia delle prestazioni supplementari descritte nell'art. 2 punto 2.3, Global senior.
- Se una persona è già affiliata presso un altro assicuratore con una copertura simile a quella dell'assicurazione Global mi-privée e, momentaneamente, essa non può essere disdetta, l'assicurato ha la possibilità di aderire all'assicurazione Global mi-privée e di beneficiare, in tal modo esclusivamente delle prestazioni descritte nell'art. 2 punto 2.4, Global temporis.

Art. 2 Prestazioni assicurate

1. Global mi-privée

Le prestazioni sottostanti sono erogate in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie:

1. Ospedalizzazione

- Classe d'assicurazione
Reparto semiprivato di un centro ospedaliero svizzero riconosciuto (camera con due letti) in cure generali o psichiatriche, per i malati di tipo acuto.
- Franchigie in caso d'ospedalizzazione
 - senza franchigia
 - Fr. 1'000.– per anno civile
 - Fr. 3'000.– per anno civile

La franchigia scelta si applica soltanto alle prestazioni legate all'ospedalizzazione.
- Prestazioni
 - In generale
In caso d'ospedalizzazione, l'assicuratore assume le spese di trattamento e di vitto e alloggio.
 - Ospedalizzazione nel reparto privato
Se un assicurato è ricoverato in un reparto superiore alla sua classe assicurativa, sono erogate al

massimo le seguenti prestazioni:

80% delle spese di vitto e alloggio e delle spese di trattamento.

c. Ospedalizzazione all'estero

Se l'assicurato si ammala o è vittima di un infortunio all'estero ed è ospedalizzato, l'assicuratore corrisponde, per un massimo di 60 giorni per anno civile, una prestazione massima di Fr. 1'000.– al giorno.

A meno che non siano previamente autorizzati dall'assicuratore, i trattamenti volontari all'estero non sono assunti.

4. Maternità

- Le prestazioni dell'assicurazione d'ospedalizzazione in caso di maternità e di parto sono erogate dopo 12 mesi di assicurazione. Il periodo trascorso nella Global temporis non è conteggiato come durata di assicurazione.
- In caso d'interruzione di gravidanza e per qualsiasi altra prestazione in relazione con la maternità, si applica il termine d'attesa previsto alla lettera a.
- Per un parto che comporta una degenza ospedaliera inferiore a cinque giorni nel reparto semiprivato, l'assicuratore corrisponde un indennizzo di Fr. 250.– per ogni giorno d'ospedalizzazione evitato. Tale indennizzo non è corrisposto in caso di degenze ospedaliere alle quali è applicata una fatturazione forfettaria globale. È riservata la lettera a.
- In caso di parto ambulatoriale o a domicilio, l'assicurata riceve un indennizzo di Fr. 800.–, con riserva della lettera a.
- Se l'assicurata è ricoverata nel reparto di un centro ospedaliero corrispondente alla sua copertura d'assicurazione, l'assicuratore assume anche le spese di degenza del neonato durante l'ospedalizzazione della madre, purché anche quest'ultimo sia assicurato presso l'assicuratore. Le spese personali non sono coperte. È riservata la lettera a.

5. Estensione e durata delle prestazioni

Le prestazioni dell'assicurazione d'ospedalizzazione sono assunte con riserva delle seguenti disposizioni:

- a. 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.
- b. 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), 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.

L'articolo 2.1.1.3 lettera b non si applica nel caso di servizi forniti da un ente ospedaliero o da un medico non riconosciuto.

- c. Nell'ambito della presente assicurazione, non c'è copertura assicurativa in caso di trapianto di organi per i quali la Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malattia di Soletta (SVK) ha concluso dei forfait per caso. Questa regola vale anche per gli enti ospedalieri per i quali non è stato convenuto alcun forfait per caso.
- d. Dal momento in cui il malato non è più considerato di tipo acuto, il diritto alle prestazioni si estingue.
- e. Dopo 60 giorni d'ospedalizzazione, nel corso di un anno civile, in un centro per cure psichiatriche, le prestazioni dell'assicurazione d'ospedalizzazione non sono più versate.
- f. Dopo 90 giorni d'ospedalizzazione nel corso di un anno civile, le prestazioni dell'assicurazione d'ospedalizzazione non sono più versate. La durata delle prestazioni dispensate all'estero o in un centro per cure psichiatriche (60 giorni) è computata nei 90 giorni precitati.

6. Doveri dell'assicurato

Prima di ogni ospedalizzazione, l'assicurato è tenuto ad informarsi se l'ente ospedaliero o la clinica in cui sarà ricoverato fa parte degli enti ospedalieri riconosciuti dall'assicuratore.

7. Misure di risparmio

– Se un assicurato rinuncia di sua spontanea volontà 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 e da lui stimati, ma al massimo

Fr. 5'000.– per ogni ospedalizzazione.

- In caso di parto ambulatoriale o a domicilio, è applicabile soltanto la regola dell'art. 2.1.1 punto 4 lett. d.

2. Cure complementari

L'assicuratore accorda le seguenti prestazioni, nei limiti dell'art. 3 (cfr. tabella).

1. Medicinali limitati

La percentuale prevista sul costo dei medicinali non coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, ad eccezione, tuttavia, dei preparati farmaceutici per applicazioni speciali (EPFA).

2. Medicinali fuori lista

La percentuale prevista sul costo dei medicinali che non figurano in alcun elenco ufficiale (ES-EMT) e che non sono coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, ad eccezione, tuttavia, dei preparati farmaceutici per applicazioni speciali (EPFA).

3. Medicina alternativa

L'assicuratore assume le terapie qui di seguito elencate a condizione che siano effettuate da un medico diplomato svizzero o da uno specialista in terapie naturali riconosciuto dall'assicuratore.

L'assicuratore si riserva il diritto di escludere alcuni specialisti in terapie naturali e tiene a disposizione degli assicurati una lista degli specialisti le cui prestazioni sono rimborsate.

Prima di ogni trattamento, l'assicurato deve informarsi se il terapeuta dove si farà curare fa parte di quelli riconosciuti.

Lista delle terapie di «medicina alternativa»

Naturopatia:

Agopuntura, aromaterapia, auricoloterapia, biorisonanza, bioterapia, cromoterapia, consigli nutrizionali, elettroagopuntura, geobiologia, erboristeria, omeopatia, iridologia, irrigazione del colon, laserterapia, magnetismo, magnetoterapia, moraterapia, ossigenoterapia, fitoterapia, simpaticoterapia, ventose.

Tecniche di massaggio

Agopuntura, drenaggio linfatico, etiopatia, euritmia, fasciaterapia, integrazione posturale, chinesioterapia, massaggi, medicina antroposofica, mesoterapia, metamorfosi, ortobionomia, osteopatia, polarità, riequilibrio energetico, riflessologia, reiki, rolfing, shiatsu, trager, training autogeno.

Psicoterapia

biodinamica, rebirthing, sofrologia, metodo tomatis:

- qualsiasi cambiamento volontario di terapia o di terapeuta nel corso del trattamento dovrà essere prima approvato dall'assicuratore;
- le prestazioni relative alla sofrologia sono rimborsate a condizione che i trattamenti siano effettuati da un medico, un medico sofrologo diplomato ASS o da un sofrologo non medico, ma diplomato ASS.

4. Cure termali in Svizzera

Un contributo alle spese di trattamento in caso di

cure termali e cure di convalescenza, in centri riconosciuti, è accordato, al massimo per 30 giorni per anno civile. Una richiesta di autorizzazione deve essere trasmessa all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura, insieme alla prescrizione medica.

5. Cure termali all'estero
Un contributo alle spese di trattamento in caso di cure termali all'estero, necessarie dal punto di vista medico, previa autorizzazione dell'assicuratore. La domanda di autorizzazione deve essere trasmessa all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura, insieme alla prescrizione medica.
6. Supplementi di tariffe
In caso di cure ambulatoriali in Svizzera, la differenza tra la tariffa applicabile nel luogo di residenza o di lavoro dell'assicurato e la tariffa in vigore nel luogo di residenza del fornitore di prestazioni.
7. Indennità per spese private in caso d'ospedalizzazione
Su presentazione di una fattura giustificativa, è accordata un'indennità unica per ospedalizzazione di oltre otto giorni.
8. Spese di accompagnamento in ambito ospedaliero
In caso d'ospedalizzazione dell'assicurato, l'assicuratore assume le spese per l'occupazione di un letto d'ospedale da parte di un membro della famiglia, a condizione che questa misura sia giustificata dal punto di vista medico.
9. Assistenza domiciliare e spese di collocamento
Previo richiesta dell'assicurato sono rimborsate:
 - la percentuale delle 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 insieme all'assicurato se quest'ultimo deve, per ragioni mediche, essere ospedalizzato. Il collocamento temporaneo dei membri della famiglia dovrà essere effettuato presso un ente ufficiale.
10. Occhiali e lenti a contatto
L'importo previsto per le spese di acquisto di occhiali da vista o lenti a contatto in Svizzera o all'estero che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
11. Mezzi ausiliari
Le spese di noleggio e d'acquisto di apparecchi ortopedici e di mezzi ausiliari (protesi dentarie escluse), prescritti da un medico, sono assunte secondo la lista redatta dall'assicuratore.
12. Corsi di preparazione al parto
L'importo previsto delle spese di corso per il parto indolore o di preparazione alla nascita che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
13. Indennità unica d'allattamento
Un'indennità d'allattamento a condizione che la

madre allatti il bambino per almeno 30 giorni e che tale durata d'allattamento sia confermata dal medico o dalla levatrice. In caso di parto plurimo, l'indennità è versata per ogni figlio.

14. Ecografie e mammografie
L'importo previsto delle ecografie e mammografie che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
15. Vaccini
Le spese delle vaccinazioni non incluse nell'ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e che sono necessarie in Svizzera, come pure quelle prescritte in caso di viaggi all'estero.
16. Test Elisa o HIV
L'assicuratore versa un contributo annuo per le spese di test preventivi prescritti ed effettuati da fornitori di prestazioni riconosciuti.
17. Sterilizzazione volontaria
La percentuale prevista delle spese d'intervento.
18. Cure dentarie a seguito d'infortunio
L'importo previsto per le cure dentarie dispensate da un dentista o da un odontotecnico con diploma federale che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Le spese dentarie sono rimborsate secondo la tariffa ufficiale LAINF (nomenclatura e valore del punto).
19. Cure dentarie in caso di malattia
L'importo previsto per le cure dentarie dispensate da un dentista a beneficio di un diploma federale e che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Le spese dentarie sono rimborsate secondo la tariffa ufficiale LAINF (nomenclatura e valore del punto).
20. Spese di trasporto
L'assicuratore eroga un contributo per le spese di trasporto, dovute a una malattia o dovute a un infortunio, fino al centro ospedaliero o allo studio medico più vicino, a condizione che siano necessarie dal punto di vista medico e che non siano assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Questo contributo è versato esclusivamente in caso di trasporto tramite ambulanza, elicottero o per ricerca e soccorso.
Le spese di trasporti pubblici (treno, autobus) necessarie per un trattamento ambulatoriale sono anch'esse assunte, se hanno lo scopo di evitare un'ospedalizzazione.
21. Psicoterapeuti non medici e psicologi indipendenti
L'assicuratore assume le spese di trattamenti prescritti da un medico, dispensati da psicoterapeuti non medici e psicologi indipendenti.

3. Groupe Mutuel Assistance

Le prestazioni previste dalle condizioni d'intervento del Groupe Mutuel Assistance (rimpatrio e trasporto se il sinistro si verifica al di là di un raggio di 20 km dal domicilio dell'assicurato).

2. Global junior

Prestazioni supplementari

a. Custodia di bambini malati a domicilio

In deroga all'art. 1 punto 2 questa prestazione è concessa fino all'età di dodici anni compiuti. Prestazioni corrisposte se la custodia è effettuata da una persona proveniente da un ente riconosciuto dall'assicuratore e se i genitori esercitano un'attività professionale fuori dal domicilio.

b. Contributo attività sportiva

Su presentazione di una fattura giustificativa, assunzione di una partecipazione alla quota di membro attivo di un club sportivo o di un'associazione riconosciuto/a dall'assicuratore.

3. Global senior

Prestazioni supplementari

a. Cure palliative

L'assicuratore accorda un contributo per le cure palliative, cioè l'insieme delle tecniche mediche e infermieristiche destinate alle persone in fin di vita e dispensate a domicilio da personale debitamente qualificato, che lavora sotto la responsabilità di un ente riconosciuto dall'assicuratore.

Una domanda deve essere previamente inoltrata all'assicuratore, il quale determinerà per ogni caso il contributo da versare. Quest'ultimo è determinato tenendo conto dell'insieme dei costi relativi ai trattamenti che permettono di curare il paziente a domicilio.

b. Soggiorni di benessere

L'assicuratore accorda un contributo annuo per un soggiorno di benessere presso centri riconosciuti dall'assicuratore, che propongono un programma preciso in questo campo.

c. Consigli e corsi di dietetica

L'assicuratore accorda un contributo annuo per consigli e corsi di dietetica riconosciuti dall'assicuratore.

4. Global temporis

a. Global temporis corrisponde, temporaneamente, delle prestazioni Global mi-privée alle persone assicurate con una copertura simile presso un altro assicuratore.

b. Le prestazioni Global temporis concernono le cure complementari descritte nei punti 2.1.2, 2.1.3, 2.2, 2.3; non concernono le prestazioni elencate nel punto 2.1.1 (ospedalizzazione).

c. Per le cure complementari assunte, le prestazioni di Global temporis corrispondono al 30% di quelle offerte da Global mi-privée.

d. Il pagamento delle prestazioni di Global temporis avviene in complemento alle prestazioni corrisposte dall'altro assicuratore.

e. Simultaneamente all'adesione a Global temporis, l'assicuratore accetta, per la data fissata nella dichiarazione di adesione, l'entrata futura dell'assicurato nell'assicurazione Global mi-privée, senza nuovo esame dello stato di salute. Questa deve avvenire al massimo entro due anni.

f. La partecipazione dell'assicuratore alle franchigie e alle aliquote di altri assicuratori è esclusa.

g. Per la durata di Global temporis, il premio è ridotto rispetto a quello di Global mi-privée.

h. Al passaggio dalla copertura Global temporis alla copertura Global mi-privée e al conseguente adattamento del premio, non si applica la disposizione dell'art. 29 cpv. 1 CGC per le assicurazioni malattia e infortunio complementari sul diritto di disdetta dell'assicurato.

i. Le prestazioni corrisposte nell'ambito di Global temporis, i cui limiti sono legati ad un periodo determinato, sono prese in considerazione per il calcolo del diritto alle prestazioni dopo il passaggio alla copertura Global mi-privée.

Art. 3 Estensione delle prestazioni

Le prestazioni menzionate nell'art. 2 sono erogate nei limiti e fino a concorrenza degli importi che figurano nella «Tabella delle prestazioni Global mi-privée».

Art. 4 Diritto alle prestazioni

1. L'assicurato ha diritto alle prestazioni dall'entrata in vigore del contratto d'assicurazione.

2. Le prestazioni sono computate in funzione delle date di trattamento sugli importi assicurati per anno civile. Le spese posteriori all'esaurimento dei diritti non possono essere riportate all'anno successivo.

3. Nei limiti previsti dalle presenti condizioni d'assicurazione, l'assicuratore rimborsa le spese non assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, se le prestazioni sono dispensate da un medico o da una persona debitamente autorizzata e riconosciuta dall'assicuratore. L'assicurazione disciplinata dalle presenti disposizioni non può in alcun caso servire alla copertura di partecipazioni e franchigie legali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e delle assicurazioni complementari.

Art. 5 Vantaggi «LeClub»

Attraverso la sua adesione all'assicurazione Global mi-privée, l'assicurato beneficia dei vantaggi «LeClub», in particolare:

1. Riduzioni negli alberghi

Delle riduzioni sono concesse negli alberghi che figurano su una lista stilata dall'assicuratore.

2. Riduzioni drogherie e farmacie o altri negozi

Delle riduzioni sono concesse nelle drogherie e farmacie o altri negozi riportati su una lista stilata dall'assicuratore.

Art. 6 Premio

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 d'età determinanti sono le seguenti:

– da 0 a 18 anni

– da 19 a 25 anni

– dal 26° anno e fino all'71° anno, le classi d'età sono scaglionate in gruppi di cinque anni.

Tabella delle prestazioni Global mi-privée

Tipi di prestazioni	Global mi-privée
Medicinali limitati	90%, prescrizioni illimitate
Medicinali fuori lista	90%, prescrizioni illimitate
Medicina alternativa	Fr. 70.– max/seduta, fino a Fr. 6'000.–/anno civile
Cure termali in Svizzera	80% max Fr. 750.–/anno civile
Cure di convalescenza	Fr. 25.–/giorno, max 30 giorni/anno civile
Cure di convalescenza in seguito ad ospedalizzazione	Fr. 50.–/giorno, max 30 giorni/anno civile
Cure termali all'estero	80% max Fr. 1'000.–/anno civile
Supplementi di tariffe	Fr. 1'000.–/anno civile
Indennità per spese private in caso di ospedalizzazione	Fr. 200.–/caso
Spese di accompagnamento in ambito ospedaliero	Fr. 700.–/anno civile
Assistenza domiciliare e spese di collocamento	90% max Fr. 3'000.–/anno civile
Occhiali e lenti a contatto	Fr. 200.– ogni 3 anni
Mezzi ausiliari	90% max Fr. 1'000.–/anno civile
Corsi di preparazione al parto	Fr. 150.–/gravidanza
Indennità unica d'allattamento	Fr. 100.–/bambino
Ecografie e mammografie	90%, numero illimitato di esami
Vaccini	90% max Fr. 250.–/anno civile
Test Elisa o HIV	Fr. 50.–/anno civile
Sterilizzazione volontaria	80% max Fr. 500.–
Cure dentarie a seguito d'infortunio	80% max Fr. 8'000.–/caso
Cure dentarie in caso di malattia	80% max Fr. 200.– ogni 3 anni
Spese di trasporto	80% max Fr. 5'000.–/anno civile
Psicoterapeuti non medici e psicologi indipendenti	80% max Fr. 800.–/anno civile
Ospedalizzazione in Svizzera	Reparto semiprivato in tutta la Svizzera
Ospedalizzazione all'estero	Fr. 1'000.–/giorno
Groupe Mutuel Assistance	Assistenza, sostegno e rimpatrio in caso di urgenza medica in viaggio e all'estero
Global junior (0-18 anni)	
Custodia di bambini malati a domicilio	Fr. 300.–/anno civile
Contributo attività sportiva	Fr. 30.–/anno civile
Global senior (a partire da 56 anni)	
Cure palliative	90% max. Fr. 3'000.–/anno civile
Soggiorni di benessere	Fr. 300.–/anno civile
Consigli e corsi di dietetica	50% max. Fr. 250.–/anno civile

Allegato A

Importi massimi rimborsati per le prestazioni d'ospedalizzazione fornite da enti ospedalieri o medici non riconosciuti dall'assicuratore (cfr. art. 2.1.1.5 b delle presenti Condizioni particolari d'assicurazione, sezione Ospedalizzazione).

Importi per notte d'ospedalizzazione

	Cure acute	Riabilitazione e Psichiatria
	Semiprivato	Semiprivato
Medico non riconosciuto Rimborso delle spese mediche	Fr. 500.-	Fr. 0.-
Ospedale non riconosciuto Rimborso delle spese ospedaliere	Fr. 300.-	Fr. 100.-
Ospedale e Medico non riconosciuti Rimborso totale - Spese mediche - Spese ospedaliere	Fr. 800.- - Fr. 500.- - Fr. 300.-	Fr. 100.- - Fr. 0.- - Fr. 100.-