

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Global flex

GX

GXGA01-I7 – edizione 01.04.2005

Indice

Art. 1	Oggetto dell'assicurazione
Art. 2	Condizioni d'ammissione
Art. 3	Rischi coperti
Art. 4	Modulo di base «Hospiflex»

Art. 5	Modulo opzionale «Careflex»
Art. 6	Diritto alle prestazioni
Art. 7	Premi

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

Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione Global flex unisce il modulo di base «Hospiflex», che permette all'assicurato di scegliere tra il reparto comune, semiprivato o privato al momento del ricovero in ospedale, con un modulo opzionale di cure complementari «Careflex».

Tutte le prestazioni sono fornite in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal (qui di seguito denominata AOCMS).

Art. 2 Condizioni d'ammissione

Qualsiasi persona può sottoscrivere l'assicurazione complementare Global flex fino all'età di 55 anni.

Art. 3 Rischi coperti

Le prestazioni del prodotto Global flex sono garantite in caso di malattia e d'infortunio (la maternità è esclusa).

Art. 4 Modulo di base «Hospiflex»

1. Scelta del reparto e partecipazione

In caso di ricovero (degenza di più di 24 ore)

- in un centro ospedaliero
- in un centro di cure psichiatriche o
- in un centro di riabilitazione,

l'assicurato può scegliere liberamente il reparto ospedaliero dietro versamento delle seguenti partecipazioni:

Reparto scelto	Partecipazione dell'assicurato
----------------	-----------------------------------

Reparto comune	Fr. 0.–
Reparto semiprivato	Fr. 400.– al giorno, massimo Fr. 4'000.– per anno civile
Reparto privato	Fr. 600.– al giorno, massimo Fr. 5'000.– per anno civile

Nel calcolo del numero di giorni di degenza soggetti a partecipazione, il giorno d'ammissione e il giorno di dimissione sono considerati come giorni interi, se fatturati dal centro ospedaliero.

Se nel corso di un anno civile, in caso di ricovero, l'assicurato sceglie entrambi i reparti semiprivato e privato, per il calcolo si tiene conto del limite annuo massimo del reparto privato.

2. Centri ospedalieri

Per beneficiare delle prestazioni di Global flex, i centri ospedalieri devono essere riconosciuti ai sensi della legge sull'assicurazione malattie LAMal (ospedali con mandato di prestazioni cantonali) o avere concluso un accordo tariffario con il Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA per i reparti corrispondenti.

3. Estensione e durata delle prestazioni in caso di ricovero

Le prestazioni sono versate su riserva delle seguenti disposizioni.

- L'assicuratore assume i costi dei trattamenti riconosciuti dalla LAMal, le spese di vitto e alloggio in ospedale e gli onorari dei medici, secondo la convenzione stipulata con l'assicuratore o la regolamentazione tariffaria cantonale.

- 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.
- 4. In caso di ricovero per cure psichiatriche**
In caso di ricovero per cure psichiatriche, il diritto alle prestazioni è limitato a 90 giorni per anno civile.
- 5. In caso di ricovero per riabilitazione**
In caso di ricovero per riabilitazione, il diritto alle prestazioni è limitato a 90 giorni per anno civile.
- 6. Ricovero all'estero**
- a. In caso d'emergenza o di necessità medica
Se l'assicurato si ammala o è vittima di un infortunio all'estero ed è qui ricoverato, l'assicuratore versa per 60 giorni per anno civile una prestazione massima di Fr. 500.– al giorno. Le partecipazioni dell'assicurato specificate all'articolo 4.1 non sono applicabili.
 - b. Trattamenti volontari all'estero
Sono rimborsati solo previa autorizzazione dell'assicuratore.
- 7. Trapianto di organi**
Nell'ambito della presente assicurazione, non esiste alcuna copertura assicurativa in caso di trapianto di organi per i quali la Federazione svizzera per compiti comuni degli assicuratori malattia di Soletta (SVK) ha convenuto alcuni forfait per caso (tali spese sono coperte dall'AOCMS). Questa regola vale anche per i centri ospedalieri per i quali non è stato convenuto alcun forfait per caso.
- 8. Diritti e obblighi dell'assicurato in caso di ricovero**
- L'assicurato è tenuto ad informarsi se il centro ospedaliero, il reparto del centro o la clinica in cui sarà ricoverato fanno parte dei centri ospedalieri riconosciuti dall'assicuratore.
 - La scelta del reparto (comune, semiprivato o privato) deve essere comunicata prima del ricovero.
 - In caso d'urgenza, quando l'assicurato non è in grado di scegliere il reparto al momento del ricovero, l'assicuratore garantisce le prestazioni del reparto comune.

Art. 5 Modulo opzionale «Careflex»

Oltre al modulo di base «Hospiflex» descritto nell'articolo 4 delle presenti condizioni particolari, con un supplemento di premio l'assicurato può estendere la propria copertura assicurativa e includere le seguenti prestazioni:

1. Prestazioni soggette alla franchigia annua di Fr. 150.–

	Rimborso in %	Descrizione
Medicina dolce	90% illimitato	<ul style="list-style-type: none"> – Rimborso delle terapie secondo la lista specifica* – L'assicuratore si riserva il diritto di escludere alcuni praticanti di terapie naturali – L'assicurato è tenuto ad informarsi se il terapeuta scelto fa parte dei praticanti riconosciuti dall'assicuratore
Medicinali limitati e fuori lista	90% illimitato	<ul style="list-style-type: none"> – Medicinali non rimborsati dall'AOCMS – Eccezioni: preparazioni farmaceutiche per applicazioni speciali (LPPA) – www.lppa.ch
Spese di collocamento e di accompagnamento	90% illimitato	<ul style="list-style-type: none"> – Previa richiesta all'assicuratore, le spese di collocamento temporaneo dei membri della famiglia che vivono con l'assicurato, quando quest'ultimo deve essere ricoverato – Il collocamento temporaneo dei membri della famiglia dovrà effettuarsi presso un'istituzione ufficiale – In caso di ricovero dell'assicurato, le spese per l'occupazione di un letto d'ospedale da parte di un membro della famiglia a condizione che tale misura sia giustificata dal punto di vista medico
Mezzi ausiliari	90% illimitato	<ul style="list-style-type: none"> – Noleggio e acquisto di apparecchi ortopedici e di mezzi ausiliari (protesi dentarie escluse) prescritti da un medico e necessari per svolgere le funzioni ordinarie della vita quotidiana, secondo la lista dei mezzi ausiliari redatta dall'assicuratore
Spese di trasporto	90% illimitato	<ul style="list-style-type: none"> – Fino al centro ospedaliero o allo studio medico più vicino a condizione che sia necessario dal punto di vista medico – Tipo di trasporto rimborsato: ambulanza, elicottero o intervento di salvataggio – Le spese per i mezzi di trasporto pubblici (treno, autobus) necessari per una cura ambulatoriale che ha per scopo di evitare un ricovero sono altresì rimborsate
Libera scelta del medico in Svizzera	90% illimitato	<ul style="list-style-type: none"> – Libera scelta del luogo di cura in Svizzera in caso di trattamento ambulatoriale riconosciuto ai sensi della LAMal – Rimborso della differenza tra la tariffa applicata nel luogo di residenza o di lavoro dell'assicurato e la tariffa in vigore nel luogo di residenza del fornitore di prestazioni
Cure termali in Svizzera	90% illimitato (max. 30 giorni l'anno)	<ul style="list-style-type: none"> – 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) – Le prestazioni sono versate se prescritte da un medico. Una richiesta d'autorizzazione e la ricetta medica devono essere presentate all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura
Cure di convalescenza in Svizzera	90% illimitato (max. 30 giorni l'anno)	<ul style="list-style-type: none"> – Spese di cura e di alloggio in caso di cura di convalescenza in Svizzera nei centri riconosciuti dall'assicuratore, se la cura è stata prescritta in seguito ad un ricovero – Una richiesta d'autorizzazione e la ricetta medica devono essere presentate all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura
Aiuto domiciliare	90% (max. Fr. 2'500.– l'anno)	<ul style="list-style-type: none"> – Le spese derivanti dall'assunzione – necessaria dal punto di vista medico – di un aiuto domiciliare appartenente ad 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 prestazioni sono versate in seguito ad un ricovero e previa richiesta all'assicuratore – 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 ospedaliero o di convalescenza
Occhiali e lenti a contatto	Fr. 150.– ogni 3 anni	<ul style="list-style-type: none"> – Spese di acquisto in Svizzera o all'estero
Pasti a domicilio	Fr. 20.– al giorno (max. 30 giorni l'anno)	<ul style="list-style-type: none"> – Spese per i pasti a domicilio forniti da un'istituzione riconosciuta dall'assicuratore e dietro prescrizione medica in seguito ad un ricovero
Consegna dei medicinali a domicilio	Spese di spedizione	<ul style="list-style-type: none"> – Medicinali prescritti da un medico, tramite un partner riconosciuto dall'assicuratore

2. Prestazioni non soggette alla franchigia

	Rimborso in %	Descrizione
Secondo parere	90% illimitato	– Spese derivanti da un secondo parere medico prima di un ricovero. L'indicazione «secondo parere» deve figurare sulla fattura degli onorari
Mammografie	90% illimitato	
Vaccinazioni	90% illimitato	– Vaccinazioni necessarie in Svizzera e raccomandate dall'Ufficio Federale della Sanità Pubblica in caso di soggiorno all'estero
Test preventivi (HIV, Elisa)	90% illimitato	– Eseguiti da fornitori di cure riconosciuti
Check-up	90% illimitato max. 1 ogni 3 anni	– Eseguito da un medico riconosciuto dall'assicuratore, al massimo un check-up ogni tre anni
Psicoterapia	2 sedute l'anno max. Fr. 140.–	– Cure prescritte e dispensate da psicoterapeuti non medici e da psicologi indipendenti
Controllo dentario	max. Fr. 75.–/ anno	– Controllo annuo preventivo fatto da un dentista titolare di un diploma federale
Consulenze di dietetica	Fr. 50.– per seduta max. 3 consulenze in 3 anni	– Fatte da fornitori di cure riconosciuti dall'assicuratore, al massimo tre consulenze in tre anni
Promozione della Salute	50%, max. Fr. 200.–/anno	– Nell'ambito della scuola della schiena, del fitness e delle prestazioni di disintossicazione dal tabacco o dall'alcol sotto forma di cura in un centro o presso un fornitore riconosciuto dall'assicuratore – Se nel corso dello stesso anno civile si prendono diverse misure atte a promuovere la salute, la prestazione massima totale versata è di Fr. 200.–
Groupe Mutuel Assistance	In caso d'urgenza in svizzera e all'estero	– Le prestazioni previste dalle condizioni particolari del Groupe Mutuel Assistance (rimpatrio e trasporto quando il sinistro avviene oltre un raggio di 20 km dal domicilio dell'assicurato, in Svizzera e all'estero)

*Lista delle terapie «medecina dolce»

Naturopatia

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

Tecniche di massaggio

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

Altre

Biodinamica, rebirthing, sofrologia, metodo tomatis.

Art. 6 Diritto alle prestazioni

1. Le prestazioni descritte nell'articolo 5 delle presenti condizioni particolari (modulo «Careflex») sono coperte a condizione che la polizza d'assicurazione lo precisi espressamente.
2. Le prestazioni sono attribuite in funzione delle date di cura. Le spese generate dopo l'estinzione dei diritti (prestazioni con durata o importo limitati) non possono essere riportate all'anno successivo.
3. Nei limiti previsti dalle presenti condizioni d'assicurazione, l'assicuratore rimborsa le spese non assunte dall'AOCMS quando le prestazioni sono dispensate da un medico il cui diploma è riconosciuto dal diritto svizzero o da una persona debitamente autorizzata e riconosciuta dall'assicuratore. L'assicurazione regolata dalle presenti disposizioni non può in alcun caso servire per coprire le partecipazioni e le franchigie legali dell'AOCMS e delle altre assicurazioni complementari.

Art. 7 Premi

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 al 71° anno, le classi d'età sono scaglionate in gruppi di cinque anni.

I premi tengono conto delle classi d'età sopra indicate.