

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Global smart

GO

GOGA02-I8 – edizione 01.06.2023

Indice

Art. 1	Scopo dell'assicurazione	Art. 7	Diritto alle prestazioni
Art. 2	Rischi coperti	Art. 8	Premi
Art. 3	Condizioni d'adesione	Art. 9	Franchigie
Art. 4	Mantenimento della copertura in caso di trasferimento del domicilio all'estero	Art. 10	Uscita dalla cerchia degli assicurati di una convenzione quadro e scioglimento della convenzione quadro
Art. 4	Disdetta del contratto d'assicurazione		
Art. 6	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

- 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).
- 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 7 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 smart sono erogate in complemento a tale assicurazione.
- L'assicurazione Global smart include tre livelli di copertura (modulo di base):
 - Livello 1
 - Livello 2
 - Livello 3
- Il modulo di base può essere completato con l'opzione «Upgrade ospedalizzazione in caso d'emergenza all'estero».

Art. 2 Rischi coperti

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

Art. 3 Condizioni d'adesione

- Qualsiasi persona domiciliata in Svizzera può aderire all'assicurazione Global smart, Livello 1 e Livello 2, senza limite d'età. Per il Livello 3, l'adesione all'assicurazione Global smart può essere richiesta con entrata in vigore al massimo il giorno in cui il proponente compie 70 anni.
- Nel caso di una convenzione quadro, la cerchia delle persone assicurabili e le condizioni di adesione applicabili alle varie categorie di proponenti sono definite dalla convenzione quadro stipulata tra la società contraente e l'assicuratore.

Art. 4 Mantenimento della copertura in caso di trasferimento del domicilio all'estero

- In caso di trasferimento del domicilio all'estero durante la validità del contratto, l'assicurazione Global smart può essere mantenuta se l'assicurato rimane soggetto all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie LAMal ai sensi dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone UE/AELS o di altre convenzioni internazionali in materia di sicurezza sociale oppure se beneficia di una copertura ai sensi dell'articolo 1 cpv. 2 delle presenti condizioni.
- L'assicurato domiciliato all'estero deve informare l'assicuratore entro 30 giorni, per iscritto, se non soddisfa più i criteri di cui all'articolo 4 cpv. 1 delle presenti condizioni. 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 prescritti non sono più adempiuti.

Art. 5 Disdetta del contratto d'assicurazione

Dopo tre periodi d'assicurazione (ai sensi dell'articolo 12 delle CGA), il contraente può disdire il contratto per la fine di un anno civile con un preavviso di un mese.

Art. 6 Prestazioni assicurate

1. In Svizzera

	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Descrizione
Ospedalizzazione	reparto comune	reparto comune	reparto semiprivato o privato La variante assicurata è indicata nella polizza d'assicurazione	<ul style="list-style-type: none"> - Libera scelta in Svizzera, secondo il livello sottoscritto, di un ente ospedaliero per cure generiche o psichiatriche, per i malati 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 per i corrispettivi reparti. - L'assicuratore assume i costi degli enti ospedalieri o dei medici riconosciuti, vale a dire quelli con cui l'assicuratore ha stipulato un accordo tariffale. - Se un assicurato usufruisce di prestazioni da parte di un ente ospedaliero o di un medico non riconosciuto, avrà diritto al rimborso, per l'intervento di tale ente o medico, a seconda del tipo di cura (acuta, di riabilitazione o psichiatrica) e del reparto (semiprivato o privato), delle prestazioni d'ospedalizzazione con degenza effettivamente fatturate, ma non superiori agli importi che figurano nell'allegato A, per notte d'ospedalizzazione. - L'elenco dei fornitori di prestazioni e gli importi massimi sono disponibili sul sito Internet dell'assicuratore o possono essere rilasciati 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'assicurato è tenuto ad informarsi se l'ente ospedaliero, il reparto scelto o la clinica dove si farà curare fa parte degli enti riconosciuti dall'assicuratore. - Le prestazioni ospedaliere in un centro psichiatrico non sono più erogate dopo 60 giorni. - Dopo 180 giorni d'ospedalizzazione durante un anno civile, nel reparto semiprivato o privato, le prestazioni ospedaliere non sono più erogate. La durata delle prestazioni in un centro di cure psichiatriche (60 giorni) è imputata sui 180 giorni di cui sopra. - 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.
Trattamenti ambulatoriali	100%	100%	100%	<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.
Medicinali limitati o fuori lista	90%	90%	90%	<ul style="list-style-type: none"> - Medicinali prescritti da un medico o da un fornitore di cure riconosciuto dalla LAMal, non rimborsati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). - Esclusioni: prodotti che figurano nell'elenco dei preparati farmaceutici per applicazioni speciali (EPFA).
Spese di trasporto	90%	90%	90%	<ul style="list-style-type: none"> - 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 o in elicottero. Sono anche 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%	60%	90%	<ul style="list-style-type: none"> - Rimborso delle terapie secondo la lista sottostante (punto 6.2 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 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	<ul style="list-style-type: none"> - Costi di montature, lenti o lenti a contatto.

	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Descrizione
Trattamenti dentari	Nessuna prestazione	Fino a 18 anni 50%, max Fr. 2'000.-/ anno civile Dai 19 anni 50%, max. Fr. 500.-/anno civile	Fino a 18 anni 50%, max Fr. 2'000.-/ anno civile Dai 19 anni 50%, max. Fr. 1'000.-/ anno civile	<ol style="list-style-type: none"> Secondo il livello scelto, rimborso esclusivamente delle spese di: <ul style="list-style-type: none"> trattamenti dentari eseguiti da un medico dentista diplomato; controllo dentistico preventivo annuo; cure di ortopedia dento-facciale; laboratorio Per i trattamenti dentari derivanti da un infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione, il diritto alle prestazioni è immediato. Le prestazioni per interventi protesici (sostituzione di denti, applicazione di corone, perni, ponti, protesi parziali o totali, ecc.) sono erogate subito dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione, in caso di infortunio; dopo almeno 12 mesi di affiliazione negli altri casi. Per tutti i trattamenti dentari, le prestazioni sono erogate dopo un periodo di carenza di tre mesi, con riserva dei punti 2 e 3 di cui sopra. La tariffa ufficiale LAINF (nomenclatura e valore di punto) è determinante per calcolare le prestazioni rimborsate; un'eventuale maggiorazione non può superare il 50%. I trattamenti all'estero sono assunti a condizione che il personale medico estero abbia una formazione equivalente a quella svizzera e che i costi non superino quelli che sarebbero fatturati in Svizzera.
Cure termali	Nessuna prestazione	50% max 30 giorni/ anno civile	90% max 30 giorni/ anno civile	<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 erogate se prescritte da un medico riconosciuto ai sensi della LAMal. Pena 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	<ul style="list-style-type: none"> 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 ad un'ospedalizzazione. Pena 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.
Aiuto a domicilio	50%, max Fr. 1'500.-/ anno civile	50%, max Fr. 1'500.-/ anno civile	90%, max Fr. 2'500.-/ anno civile	<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.). Non è erogata 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, di cura o di convalescenza.
Cura di disintossicazione dall'alcool	Fr. 50.- / giorno, max 30 giorni/anno civile	Fr. 100.- / giorno, max 30 giorni/anno civile	Fr. 100.- / giorno, max 30 giorni/anno civile	<ul style="list-style-type: none"> Contributo alle spese di cura e alloggio in caso di cura residenziale in un centro specializzato in cure di disintossicazione per alcolisti. Sono rimborsate solo le cure effettuate in un centro riconosciuto dalla «Centrale di coordinamento nazionale delle offerte di trattamento residenziale inerenti ai problemi di droga». La lista dei centri si trova presso l'assicuratore.
Vaccinazioni	90%	90%	90%	<ul style="list-style-type: none"> Rimborso delle spese per le vaccinazioni prescritte per motivi medici per la Svizzera (non incluse nell'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure) e per quelle raccomandate dall'Ufficio federale della sanità pubblica per i viaggi all'estero.
Check-up	90%, max 1 ogni tre anni	90%, max 1 ogni tre anni	90%, max 1 ogni tre anni	<ul style="list-style-type: none"> Sono rimborsati solo i check-up eseguiti da un medico riconosciuto ai sensi della LAMal. Il check-up include: <ul style="list-style-type: none"> per le persone fino a 40 anni: un consulto (esame prolungato), le analisi di glucosio e di colesterolo; per le persone oltre i 40 anni: un consulto (esame prolungato), un elettrocardiogramma a riposo, le analisi ematologiche e chimiche, del glucosio e del colesterolo.
Secondo parere	90%	90%	90%	<ul style="list-style-type: none"> Assunzione delle spese derivanti da un secondo parere medico prima di un'ospedalizzazione, a condizione che sulla fattura sia indicato «secondo parere».
Promozione della Salute	50%, max Fr. 200.-/ anno civile	50%, max Fr. 200.-/ anno civile	50%, max Fr. 200.-/ anno civile	<ul style="list-style-type: none"> Rimborso delle spese di cura presso un centro o un fornitore riconosciuto dall'assicuratore, nell'ambito della ginnastica correttiva della schiena, della palestra e delle prestazioni di disintossicazione dal tabacco. Se nel corso dello stesso anno civile si prendono diverse misure volte a promuovere la salute, la prestazione massima totale erogata è di Fr. 200.-.

2. Elenco delle terapie di «medicina alternativa»

Naturopatia	Tecniche di massaggio	Altre
Agopuntura	Digitopressione	Auto phoni psychology
Aromaterapia	Alexander	Biodinamica
Auricoloterapia	Cardio forme	Euritmia
Biorisonanza	Drenaggio linfatico	Gestalt
Bioterapia	Etiopatia	Rebirthing
Cromoterapia	Fasciaterapia	Rilassamento
Consulenze nutrizionali	Terapia Inochi	Sofrologia
Elettroagopuntura	Integrazione posturale	Terapia NST
Eutonia	Chinesiologia	Metodo tomatiss
Geobiologia	Massaggi	
Erboristeria	Medicina antroposofica	
Omeopatia	Mesoterapia	
Iridologia	Metamorfosi	
Irrigazione del colon	Ortobionomia	
Terapia Kneipp	Osteopatia	
Laserterapia	Pedicure (cure funzionali)	
Magnetismo	Polarità	
Magnetoterapia	Riequilibrio energetico	
Moraterapia	Riflessologia	
Naturopatia	Reiki	
Ossigenoterapia	Rolfing	
Pittura terapeutica	Shiatsu	
Fitoterapia	Touch for Health/Cinesiologia applicata	
Respirazione	Trager	
Simpaticoterapia	Training autogeno	
Test laboratorio	Vitalpraktik	
Ventose		

3. All'estero

1. Le seguenti prestazioni sono valide in tutto il mondo, ad esclusione della Svizzera e del Liechtenstein, per i trattamenti d'emergenza 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. I trattamenti volontari all'estero devono essere oggetto di una richiesta scritta da parte dell'assicurato e sono assunti solo previo accordo dell'assicuratore.
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. Le ospedalizzazioni e gli altri trattamenti onerosi oggetto di una richiesta di garanzia da parte del fornitore di cure devono essere previamente notificati a Groupe Mutuel Assistance tramite il modulo «notifica per richiesta di garanzia finanziaria». In caso contrario, l'assicuratore può ridurre le prestazioni assicurative dell'importo che sarebbe stato corrisposto in caso di notifica preventiva. L'assicuratore rinuncia al diritto di ridurre le proprie prestazioni se le circostanze dimostrano che la violazione dell'obbligo di notifica non è colposa.
6. Pagamento delle prestazioni
 - Se diversi membri della famiglia si ammalano o sono vittima di un infortunio contemporaneamente, si deve richiedere una fattura separata per ogni assicurato: al medico, all'ospedale, al farmacista, ecc.
7. In deroga all'articolo 6.3.3, i trattamenti volontari all'estero delle persone:
 - Per ottenere il rimborso delle spese, l'assicurato deve fornire tutti i documenti giustificativi necessari (fatture originali e dettagliate, certificati medici, prescrizioni mediche, attestati di pagamento ecc.).
 - 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.

	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Descrizione
Trattamenti ambulatoriali				Consultazione, analisi, radiografie e medicinali riconosciuti.
Ospedalizzazione				Ospedalizzazione per i trattamenti riconosciuti.
Spese di trasporto				Trasporto necessario per eseguire il trattamento verso il centro ospedaliero più vicino.
Rimpatrio, ricerca e soccorso			La somma assicurata ammonta a massimo Fr. 100'000.– per anno civile	Assunzione esclusivamente delle spese di: <ul style="list-style-type: none"> – trasporto in caso di rimpatrio, incluso quello di una persona morta, previo accordo dell'assicuratore – ricerca e soccorso dell'assicurato malato o la cui integrità fisica è minacciata
Visita di un membro della famiglia				Visita di un membro della famiglia dell'assicurato ospedalizzato da più di sette giorni, vale a dire: <ul style="list-style-type: none"> – spese attestare per il viaggio andata e ritorno in classe economy e trasporti pubblici fino al luogo in cui l'assicurato è ospedalizzato; – spese di vitto e alloggio attestare, al massimo tuttavia Fr. 250.– al giorno, fino a concorrenza di Fr. 2'000.–.

4. Groupe Mutuel Assistance

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).

5. Opzione «Upgrade ospedalizzazione in caso di emergenza all'estero»

Tale opzione può essere sottoscritta dagli assicurati titolari di una copertura Global smart Livello 3, tramite un supplemento di premio. Dà diritto al rimborso delle spese di cura e delle spese di degenza in caso d'ospedalizzazione all'estero, fino a concorrenza di Fr. 3'000.– al giorno, per 60 giorni per anno civile al massimo. Tali prestazioni sono erogate in complemento a quelle specificate nell'articolo 6.3.

Art. 7 Diritto alle prestazioni

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.

Non è possibile sommare le prestazioni assicurate in Svizzera e all'estero.

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 assicurativa assume tuttavia le partecipazioni legali estere nell'ambito di una cura effettuata al di fuori della Svizzera e del Liechtenstein in applicazione dell'accordo sulla libera circolazione delle persone UE/AELS o di altre convenzioni internazionali di sicurezza sociale.

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

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.

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 di carenza di 12 mesi.
- b. Se, al momento dell'adesione, l'assicurata dimostra di essere stata coperta, presso Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA o presso un altro assicuratore, negli ultimi 12 mesi precedenti l'entrata in vigore del contratto di assicurazione con la stessa copertura in caso di ospedalizzazione (reparto comune, semiprivato o privato) e comprendente il rischio di maternità, non si applica il periodo di attesa di 12 mesi per le prestazioni in caso di maternità definito nell'articolo 7 cpv. 2 lettera a delle presenti condizioni particolari.
- c. 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.
- 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. Il punto a. di questo articolo è riservato.

3. Trapianti di organi

La presente assicurazione non prevede una copertura assicurativa in caso di trapianto di organi per i quali la Federazione svizzera per i compiti comunitari degli assicuratori malattia di Soletta (SVK) ha convenuto un forfait per ogni caso (tali spese sono coperte dall'AOMS). Questa regola vale anche per gli enti ospedalieri con i quali non è stato convenuto alcun forfait.

4. Opzione «Upgrade ospedalizzazione in caso d'emergenza all'estero»

Le prestazioni specificate nell'articolo 6.5 delle presenti condizioni particolari (opzione «Upgrade ospedalizzazione in caso di emergenza all'estero») sono coperte a condizione che ciò sia espressamente indicato nella polizza.

Art. 8 Premi

L'assicurato che, durante l'anno, raggiunge l'età massima della propria 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;
- da 26 anni e fino a 71 anni, le classi d'età sono scaglionate in gruppi di cinque anni.

I premi tengono conto delle classi d'età di cui sopra.

Art. 9 Franchigie

1. Gli assicurati possono scegliere tra le seguenti varianti:
 - senza franchigia annua;
 - franchigia annua di Fr. 500.–.
2. Gli assicurati che hanno sottoscritto il Livello 3 possono altresì scegliere una franchigia annua di Fr. 1'000.–.
3. Nessuna franchigia è prelevata sulle prestazioni del Groupe Mutuel Assistance.

Art. 10 Uscita dalla cerchia degli assicurati di una convenzione quadro e scioglimento della convenzione quadro

1. In caso di uscita dalla cerchia degli assicurati di una convenzione quadro, i premi sono adeguati in base alle tariffe individuali in vigore.
2. La stessa regola si applica nei confronti dei membri della famiglia del dipendente deceduto assicurato nell'ambito di una convenzione quadro.
3. Le riserve già esistenti prima dell'uscita dalla cerchia degli assicurati di una convenzione quadro sono mantenute.
4. L'entrata in vigore del contratto sottoscritto prima dell'uscita dalla cerchia degli assicurati di una convenzione quadro è considerato per calcolare i periodi di carenza.
5. Le prestazioni erogate prima dell'uscita dalla cerchia degli assicurati di una convenzione quadro 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 o il contraente deve informare l'assicuratore per iscritto dell'uscita dalla cerchia degli assicurati di una convenzione quadro entro 30 giorni.
Se viola tale obbligo di notifica, il contraente deve rimborsare all'assicuratore l'eventuale differenza di premio derivante dall'edeguamento previsto al punto 1.
8. In caso di scioglimento di una convenzione quadro che prevede il pagamento dell'integralità o di una parte dei premi da parte dell'azienda assicurata, i premi dovuti per i periodi d'assicurazione successivi alla fine della convenzione quadro sono fatturati direttamente al contraente, cui spetta quindi pagare tali premi.
9. Il contraente può disdire il contratto entro trenta giorni dal ricevimento della nuova polizza.

Allegato A

Importi massimi rimborsati per le prestazioni d'ospedalizzazione fornite dagli enti ospedalieri e dai medici non riconosciuti dall'assicuratore (art. 6 cpv. 1 delle presenti condizioni particolari d'assicurazione, sezione Ospedalizzazione in Svizzera).

	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.–