groupemutuel

Condizioni particolari dell'assicurazione Global smart

GO

GOGA03-I1 – edizione 01.12.2025

Indice

Art. 1	Scopo dell'assicurazione	**Art. 7**	Diritto alle prestazioni
Art. 2	Rischi assicurati	**Art. 8**	Misura di risparmio
Art. 3	Condizioni d'adesione	**Art. 9**	Premi
Art. 4	Mantenimento e fine della copertura in caso di trasferimento del domicilio all'estero	**Art. 10**	Riduzione famiglia
Art. 5	Prestazioni assicurate	**Art. 11**	Uscita dalla cerchia degli assicurati di una convenzione quadro e scioglimento della convenzione quadro
Art. 6	Liste di prestazioni e di fornitori di prestazioni		

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

Art. 1 Scopo dell'assicurazione

1. Lo scopo di questa assicurazione è di fornire agli assicurati prestazioni specifiche in complemento alle prestazioni delle assicurazioni sociali, in particolare l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (qui di seguito AOMS) secondo la legge sull'assicurazione malattie (LAMal), per misure diagnostiche e terapeutiche, farmaci e mezzi ausiliari che siano efficaci, appropriati ed economici.
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) 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.
3. L'assicurazione Global smart prevede tre livelli di copertura:
   - Livello 1
   - Livello 2
   - Livello 3

Art. 2 Rischi assicurati

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

Art. 3 Condizioni d'adesione

1. Qualsiasi persona domiciliata in Svizzera può richiedere di sottoscrivere l'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.
2. Nell'ambito di una convenzione quadro, la cerchia delle persone assicurabili e le condizioni d'adesione applicabili alle varie categorie di proponenti sono definite dalla convenzione quadro stipulata tra la società co-contraente e l'assicuratore.

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

1. In caso di trasferimento del domicilio all'estero durante la durata del contratto, l'assicurazione Global smart può essere mantenuta senza alcun aumento possibile della copertura, a condizione che l'assicurato rimanga soggetto all'AOMS ai sensi dell'accordo UE/AELS sulla libera circolazione delle persone o di altri accordi internazionali, o che benefici di una copertura ai sensi dell'articolo 1 cpv. 2 delle presenti condizioni particolari d'assicurazione.
2. In deroga all'articolo 14 lett. d delle CGC, in questo caso non è necessario alcun accordo con l'assicuratore.
3. Gli assicurati domiciliati all'estero devono informare per iscritto l'assicuratore entro 30 giorni se non soddisfano più i criteri di cui all'articolo 4 cpv. 1 delle presenti condizioni d'assicurazione. In caso di violazione di tale obbligo sono tenuti a rimborsare all'assicuratore le eventuali prestazioni erogate a partire dalla data in cui i criteri summenzionati non sono più soddisfatti.

Art. 5 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	Generalità – Libera scelta in Svizzera, secondo il livello sottoscritto, di un ente ospedaliero per cure acute o psichiatriche o di riabilitazione, per i malati di tipo acuto. – Dopo 60 giorni, le prestazioni d'ospedalizzazione in un centro di cure psichiatriche non sono più erogate. – Copertura della differenza di tariffe in caso d'ospedalizzazione in un ospedale catalogato ai sensi della LAMal al di fuori del cantone di domicilio dell'assicurato, non giustificato da motivi medici o non considerato un caso di emergenza, se la tariffa ospedaliera supera la tariffa di riferimento del cantone di domicilio dell'assicurato. Livello 3 (reparto semiprivato e privato) – La copertura include anche le spese alberghiere in ospedale, gli onorari dei medici e le prestazioni mediche aggiuntive, in base alla convenzione stipulata con l'assicuratore per i reparti corrispondenti. – Se un assicurato usufruisce di prestazioni da parte di un ente ospedaliero o di un medico non riconosciuto (vale a dire con il quale l'assicuratore non ha stipulato una convenzione tariffale) avrà diritto, a seconda del tipo di cura (acuta, di riabilitazione o psichiatrica) e del reparto (semiprivato o privato), al rimborso delle prestazioni d'ospedalizzazione con degenza effettivamente fatturate, ma non superiori agli importi che figurano nell'allegato A, per notte d'ospedalizzazione. – L'elenco dei fornitori di prestazioni riconosciuti dall'assicuratore 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 delle liste non fa scaturire alcun diritto di disdetta per il contraente. – Prima di qualsiasi ospedalizzazione, l'assicurato è tenuto a informarsi se l'ente ospedaliero, il reparto scelto o la clinica dove si farà curare fanno parte degli enti riconosciuti dall'assicuratore. – Dopo 180 giorni d'ospedalizzazione durante un anno civile, nel reparto semiprivato o privato, le prestazioni d'ospedalizzazione non sono più erogate. La durata delle prestazioni in un centro di cure psichiatriche (60 giorni) è imputata sui 180 giorni sopra indicati.

Interventi chirurgici ambulatoriali	Nessuna prestazione	CHF 300/anno civile	CHF 600/anno civile	– Se l'assicurato si sottopone a un intervento chirurgico ambulatoriale, l'assicuratore assume i costi delle seguenti prestazioni:
				  – upgrade fatturato dall'ente in cui si svolge l'intervento chirurgico ambulatoriale (ad esempio, sala d'attesa o di riposo individuale, spuntini);
				  – pernottamento dell'assicurato e dei suoi accompagnatori in una struttura ospedaliera o alberghiera per la notte precedente e/o successiva all'intervento;
				  – trasporto dell'assicurato tra il suo domicilio e il fornitore di cure in questione;
				  – spese di parcheggio.

Medicinali limitati e fuori lista	90%, max CHF 100'000/anno civile	90%, max CHF 125'000/anno civile	90%, max CHF 150'000/anno civile	– Farmaci riconosciuti da Swissmedic ai prezzi correnti di mercato, prescritti da un medico o da un prescrittore riconosciuto dalla LAMal, non coperti dall'AOMS. – Esclusioni: prodotti che figurano nell'elenco dei preparati farmaceutici per applicazioni speciali (EPFA).
Spese di trasporto, ricerca e soccorso	90% (trasporti) 90%, max CHF 50'000/anno civile (ricerca e soccorso)	90% (trasporti) 90%, max CHF 75'000/anno civile (ricerca e soccorso)	90% (trasporti) 90%, max CHF 100'000/anno civile (ricerca e soccorso)	– Fino al centro ospedaliero o dal medico più vicino, a condizione che tali trasporti siano necessari dal punto di vista medico. – Questo contributo è corrisposto soltanto in caso di trasporto in ambulanza o in elicottero o per le attività di ricerca e di soccorso. – I costi dei trasporti (pubblici o privati) necessari per un trattamento ambulatoriale sono coperti fino a concorrenza dei costi dei mezzi pubblici se sono giustificati dall'importanza degli effetti collaterali del trattamento o se permettono di evitare un'ospedalizzazione.

	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Descrizione
Terapie di medicina alternativa	30%, max CHF 1'000/anno civile di cui max CHF 200/anno civile per i massaggi	60%, max CHF 2'500/anno civile di cui CHF 300/anno civile per i massaggi	80%, max CHF 3'000/anno civile di cui CHF 500/anno civile per i massaggi	– Terapie necessarie dal punto di vista medico, che figurano nell'elenco dell'assicuratore ed effettuate da un medico diplomato o da un terapista di medicina alternativa riconosciuto dall'assicuratore per la terapia in questione. – L'assicuratore dispone di una lista delle terapie e dei terapeuti riconosciuti e si riserva il diritto di escludere in qualunque momento determinate terapie o determinati terapeuti. – Prima di ogni trattamento, l'assicurato è tenuto a informarsi se il terapeuta presso cui si farà curare fa parte di quelli riconosciuti dall'assicuratore per la terapia prevista. – Non sussiste alcun diritto a prestazioni per le sedute effettuate tra familiari.
Mammografie ed ecografie	90%	90%	90%	– I costi di mammografie ed ecografie non assunte dall'AOMS.
Esami ginecologici preventivi	90%	90%	90%	– I costi dii esami ginecologici preventivi non assunti dall'AOMS.
Test di prevenzione HIV	90%	90%	90%	– I costi dei test di prevenzione HIV quando prescritti ed effettuati da fornitori riconosciuti ai sensi della LAMal.
Mezzi ausiliari	Nessuna prestazione	90%, max CHF 1'000/anno civile	90%, max CHF 2'000/anno civile	– Costi di noleggio o di acquisto di apparecchi ortopedici e di mezzi ausiliari (escluse le protesi dentarie), prescritti dal medico, secondo la lista definita dall'assicuratore.
Occhiali da vista e lenti a contatto	CHF 150 ogni tre anni	CHF 200 ogni tre anni	CHF 200 ogni tre anni	– L'importo previsto per l'acquisto di occhiali da vista o di lenti a contatto che non è assunto dall'AOMS.

Trattamenti dentari	Nessuna prestazione	Fino a 18 anni
		50%, max CHF 2'000/anno civile
		
		Dai 19 anni
		50%, max CHF 500/anno civile
			Fino a 18 anni
			50%, max CHF 2'000/anno civile
			
			Dai 19 anni
			50%, max CHF 1'000/anno civile
				– Copertura soltanto dei costi delle seguenti cure fornite da un fornitore di cure riconosciuto ai sensi della LAMal:
				  – trattamenti dentari;
				  – cure di ortopedia dento-facciale;
				  – spese di laboratorio.
				– A seconda del livello scelto, assunzione dei costi di un controllo dentistico profilattico annuale (compresa la detartrasi) effettuato da un medico dentista diplomato, da un igienista o da un assistente alla profilassi.
				– 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 adesione negli altri casi.
				– Per le cure d'ortopedia dento-facciale (comprese le spese di laboratorio d'ortopedia dento-facciale) e le cure dentistiche, le prestazioni assicurative sono erogate dopo un periodo di attesa di tre mesi, tranne in caso di infortunio.
				– Per il calcolo delle prestazioni coperte è determinante la tariffa applicabile al settore delle assicurazioni sociali (tariffa dentaria AMal/AINF/AM/AI) (nomenclatura e valore del punto). Un'eventuale maggiorazione della tariffa AINF può essere accettata, ma non può superare il 50%.
				– Non è erogata alcuna prestazione per i prodotti per l'igiene dentale.

Cure di convalescenza e cure termali	Nessuna prestazione	50% max 30 giorni/anno civile	90% max 30 giorni/anno civile	– Spese di cura e di pensione in caso di cure di convalescenza in Svizzera a seguito di un'ospedalizzazione, nelle strutture riconosciute dall'assicuratore. – Spese di cura e di pensione in caso di cure termali nei centri di cure balneari riconosciuti ai sensi dell'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. – L'assicuratore dispone di una lista degli enti riconosciuti. – Pena decadenza del diritto alle prestazioni, una richiesta d'autorizzazione e la prescrizione medica devono essere trasmesse all'assicuratore prima dell'inizio della cura.

	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Descrizione
Assistenza domiciliare	50%, max CHF 1'500/anno civile	50%, max CHF 1'500/anno civile	90%, max CHF 2'500/anno civile	– I costi derivanti dall'assunzione necessaria dal punto di vista medico di un collaboratore domestico che svolga tale attività a titolo professionale per conto proprio o di un'azienda o un'organizzazione e che si occupi dei lavori domestici e della pulizia della casa quotidiana al posto della persona assicurata. Tutte le altre spese (grandi pulizie ecc.) sono escluse. – L'assicurato deve richiedere l'accordo preliminare dell'assicuratore.
Custodia di bambini malati a domicilio	Nessuna prestazione	90%, max CHF 250/anno civile	90%, max CHF 300/anno civile	– Per i bambini fino all'età di 12 anni compiuti, assunzione dei costi di baby-sitting effettuato da parte della Croce Rossa o di un ente ufficiale avente lo stesso scopo, se i genitori esercitano un'attività professionale fuori casa.
Vaccinazioni	90%	90%	90%	– Costi delle vaccinazioni riconosciute dall'AOMS, se non sono soddisfatte le condizioni di rimborso di cui all'art. 12a OPre. – Costi delle vaccinazioni raccomandate dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) in caso di viaggio all'estero. – I vaccini devono essere riconosciuti da Swissmedic. – L'assicuratore assume i costi delle vaccinazioni effettuate da un medico o da un farmacista riconosciuto dall'AOMS.
Sterilizzazione volontaria	Nessuna prestazione	90%, max CHF 300	90%, max CHF 500	– Assunzione dei costi d'intervento in caso di sterilizzazione.
Check-up	un check-up ogni tre anni, 90%, max CHF 1'000	un check-up ogni tre anni, 90%, max CHF 1'000	un check-up ogni tre anni, 90%, max CHF 1'500	– Sono rimborsati solo i check-up eseguiti da un medico riconosciuto ai sensi della LAMal. – L'assicuratore dispone di una lista dei check-up assicurati.
Secondo parere	90%	90%	90%	– Assunzione dei costi derivanti da un secondo parere medico prima di un'ospedalizzazione, a condizione che sulla fattura sia indicato «secondo parere».

Promozione della Salute	50%, max CHF 200/anno civile	50%, max CHF 200/anno civile	50%, max CHF 200/anno civile	– Assunzione dei costi delle seguenti misure:
				  – scuola della schiena,
				  – abbonamento e corsi di fitness
				  – altre misure di prevenzione.
				– L'assicuratore dispone di una lista dei corsi di fitness e delle altre misure di prevenzione riconosciuti.
				– Per gli abbonamenti fitness, l'assicuratore dispone di un elenco dei marchi riconosciuti.
				– Se nel corso dello stesso anno civile si prendono diverse misure volte a promuovere la salute, la prestazione massima totale erogata è di CHF 200.
				– Per gli abbonamenti e i corsi di fitness il cui periodo di validità non corrisponde a un anno civile, la prestazione dell'assicuratore per ogni anno civile viene calcolata in proporzione al periodo di abbonamento trascorso alla fine dell'anno civile.

2. Fuori della Svizzera

1. Le prestazioni riportate nella seguente tabella sono valide in tutto il mondo, ad esclusione della Svizzera, in complemento alle assicurazioni sociali svizzere o estere.
2. Le prestazioni coperte dall'assicurazione Global smart corrispondono a quelle coperte in Svizzera per analogia con i criteri applicabili in Svizzera. Sono assunte se eseguite da persone o presso enti titolari della formazione, del riconoscimento e dell'autorizzazione necessari degli organismi sociali esteri.
3. Per i trattamenti d'emergenza ai sensi dell'articolo 36 cpv. 2 OAMal, la copertura completa le prestazioni fornite dall'AOMS per i costi che superano gli importi massimi assunti dall'AOMS. In applicazione dell'OAMal, vi è emergenza quando un assicurato necessita un trattamento medico e un rientro in Svizzera è inappropriato.
4. Per le prestazioni che non rientrano nel catalogo dell'AOMS (ad es. spese di ricerca, soccorso e rimpatrio) o quando non sussiste l'obbligo di corrispondere prestazioni dell'AOMS, i costi delle prestazioni elencate nella tabella seguente sono assunti esclusivamente dalla presente assicurazione. Non sussiste alcun obbligo di corrispondere prestazioni dell'AOMS nelle seguenti situazioni:
   - trattamenti volontari all'estero;
   - continuazione di un trattamento all'estero a seguito di un caso di emergenza, allorquando un rientro in Svizzera sarebbe appropriato.

   Le disposizioni dell'articolo 7 cpv. 5 delle presenti condizioni particolari rimangono tuttavia riservate.
5. Le cure volontarie all'estero sono assunte ai sensi del punto 4, a condizione che il costo di tali cure all'estero (comprese quelle dentistiche) sia inferiore al costo corrispondente nel cantone di domicilio dell'assicurato. Per evitare qualsiasi rischio di mancato rimborso, si raccomanda di presentare prima una richiesta all'assicuratore per verificare che il trattamento previsto sia appropriato, economico ed efficace. Tale assunzione dei costi, che si limita ai trattamenti volontari all'estero che hanno un costo inferiore a quello corrispondente in Svizzera, non si applica ai trattamenti volontari all'estero di persone:
   - residenti all'estero e soggetti all'AOMS oppure
   - che hanno scelto di mantenere la propria copertura assicurativa ai sensi dell'articolo 7a dell'OAMal

tramite la sottoscrizione di un'assicurazione facoltativa delle cure ai sensi della LCA.

6. Le ospedalizzazioni e gli altri trattamenti onerosi oggetto di una richiesta di garanzia finanziaria da parte del fornitore di cure devono essere previamente notificati alla piattaforma di assistenza “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 dalle circostanze emerge che la violazione dell'obbligo di notifica non è colposa.
7. Pagamento delle prestazioni
   - Se più assicurati componenti della stessa 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 sostenute, l’assicurato è tenuto a fornire qualsiasi documento giustificativo necessario originale o in formato elettronico (fatture dettagliate, certificati medici, prescrizioni 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. L’assicuratore si riserva il diritto di ridurre le fatture esageratamente elevate.

	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Descrizione
Trattamenti ambulatoriali	La somma assicurata è pari a un massimo di CHF 200’000 per anno civile per tutte le prestazioni al di fuori della Svizzera			– Assunzione delle prestazioni per le cure ambulatoriali (ad es. consulti medici, analisi, farmaci) corrispondenti alle prestazioni riconosciute dall'AOMS.
Ospedalizzazione				– Assunzione dei costi di cura e alberghieri a seconda del livello scelto: – camera a più letti per gli assicurati che hanno sottoscritto il livello 1 o 2; – camera a due letti per gli assicurati che hanno sottoscritto il livello 3, semiprivato; – camera a un letto per gli assicurati che hanno sottoscritto il livello 3, privato.
Trattamenti dentari				– I trattamenti all’estero sono assunti a condizione che il personale medico estero abbia una formazione equivalente a quella svizzera. – Le prestazioni e i criteri di assunzione dei costi applicabili alle prestazioni in Svizzera, definiti all'art. 5 cpv. 1 (Trattamenti dentari) si applicano per analogia.
Occhiali da vista e lenti a contatto				– L’importo previsto per l’acquisto di occhiali da vista o di lenti a contatto che non è assunto dall’AOMS. – Le prestazioni massime definite in Svizzera per occhiali e lenti a contatto, a seconda del livello scelto, si applicano per analogia.
Spese di trasporto				– Trasporti resi necessari dalla cura verso l’ente ospedaliero più vicino.
Rimpatrio, ricerca e soccorso				– Assunzione dei costi di rimpatrio, ricerca e soccorso, conformemente alle condizioni generali d’assicurazione Groupe Mutuel Assistance applicabili al momento della stipula del contratto per spese superiori alle somme assicurate dalla copertura di Groupe Mutuel Assistance.
Visita di un membro della famiglia				– Visita da parte di un membro della famiglia dell’assicurato ospedalizzato da più di sette giorni, e precisamente: – le spese attestate per il viaggio andata e ritorno in classe economy e trasporti pubblici fino al luogo in cui la persona assicurata è ospedalizzata; – le spese di vitto e alloggio attestate, al massimo tuttavia CHF 250 al giorno, fino a concorrenza di CHF 2’000.
Partecipazioni legali				– Assunzione delle partecipazioni legali estere nell’ambito di un trattamento ambulatoriale od ospedaliero, conformemente all’accordo sulla libera circolazione delle persone UE/ AELS o di altre convenzioni internazionali di sicurezza sociale, con riserva del diritto estero.

3. Groupe Mutuel Assistance

Le prestazioni previste dalle condizioni generali dell’assicurazione Groupe Mutuel Assistance applicabili all’atto della sottoscrizione del contratto (rimpatrio e trasporto se il sinistro avviene oltre un raggio di 20 chilometri dal domicilio dell’assicurato, in Svizzera e all’estero).

Art. 6 Liste di prestazioni e di fornitori di prestazioni

1. Le liste menzionate nelle presenti condizioni particolari d'assicurazione sono disponibili sul sito Internet dell'assicuratore o possono essere fornite su richiesta della persona assicurata.
2. Le liste valide nel momento della cura o della fruizione di una prestazione sono determinanti.
3. Tali liste possono essere modificate in qualunque momento dall'assicuratore. Tale modifica delle liste non fa scaturire alcun diritto di disdetta per il contraente.

Art. 7 Diritto alle prestazioni

1. Le prestazioni sono erogate in funzione delle date di trattamento. Le spese sostenute dopo aver esaurito i propri diritti (prestazioni con limite di durata o di importo) non possono essere riportate all'anno successivo.
2. Non è possibile sommare le prestazioni assicurate in Svizzera e all'estero.
3. 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.
4. La copertura d'assicurazione si estende tuttavia all'assunzione delle partecipazioni legali estere nell'ambito di una cura effettuata al di fuori della Svizzera e in applicazione dell'accordo sulla libera circolazione delle persone UE/AELS o di altre convenzioni internazionali di sicurezza sociale.
5. In caso di assicurazione multipla, ai sensi della LCA, l'assicuratore corrisponde le prestazioni in proporzione alle coperture d'assicurazione sottoscritte.
6. Se la copertura d'assicurazione inizia nel corso dell'anno, l'assicuratore può ridurre gli importi massimi assunti in proporzione per anno civile.
7. 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.
8. 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 termine d'attesa di 12 mesi.
   b. Se, al momento dell'adesione, l'assicurata dimostra di essere stata coperta da Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA o da un altro assicuratore durante i 12 mesi precedenti l'entrata in vigore del contratto d'assicurazione per la stessa copertura ospedaliera (reparto comune, semiprivato o privato) e comprendente il rischio di maternità, il termine di attesa di 12 mesi per le prestazioni di maternità definito all'articolo 7 cpv. 8 lettera a delle presenti condizioni particolari non si applica.
   c. In caso di interruzione della gravidanza ai sensi della LAMal e per qualsiasi altra prestazione concernente la maternità, si applica il termine di attesa previsto al punto a.
   d. Se un'assicurata è ricoverata nel reparto di un ente ospedaliero corrispondente alla propria copertura assicurativa, l'assicuratore assume anche le spese di degenza del neonato durante l'ospedalizzazione 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.
9. 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.

Art. 8 Misura di risparmio

Se un assicurato che ha sottoscritto il livello 3 opta volontariamente o su suggerimento dell'assicuratore per un'ospedalizzazione in un reparto comune, l'assicuratore può corrispondere un indennizzo fino al 50% dei costi risparmiati e da lui stimati, fino a un massimo di CHF 5'000 per anno civile.

Art. 9 Premi

1. Il premio è stabilito in base alla classe di età, al sesso e al cantone di domicilio dell'assicurato.
2. 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 all'età di 85 anni, le classi d'età sono scaglionate in gruppi di cinque anni;
   - 86 anni e oltre.
3. Un cambiamento di classe d'età comporta in genere un adeguamento automatico del premio.

Art. 10 Riduzione famiglia

1. È possibile ottenere una riduzione famiglia sul premio, per i figli fino all'età di 18 anni, se almeno uno dei genitori e il figlio hanno sottoscritto l'assicurazione Global smart e se il livello di copertura sottoscritto dal genitore è equivalente o superiore a quello sottoscritto dal figlio.
2. La riduzione famiglia è abolita non appena le condizioni di attribuzione definite nel capoverso 1 non sono più adempiute.
3. In applicazione dell'articolo 26a cpv. 2 let. d delle CGC, l'assicuratore può, in qualunque momento, modificare o abolire la riduzione famiglia con effetto al massimo per la fine dell'anno civile in corso.

Art. 11 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 termini di attesa.
5. Le prestazioni percepite 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.
8. In caso d'inosservanza di tale obbligo di notifica, il contraente deve rimborsare all'assicuratore l'eventuale differenza di premio derivante dall'adeguamento previsto al punto 1.
9. 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.
10. 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 (cfr. articolo 5 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	CHF 500	CHF 500	CHF 0	CHF 0
Ospedale non riconosciuto – Rimborso delle spese ospedaliere	CHF 300	CHF 500	CHF 100	CHF 150
Ospedale e Medico non riconosciuti:				
Rimborso totale	CHF 800	CHF 1'000	CHF 100	CHF 150
- Spese mediche	– CHF 500	– CHF 500	– CHF 0	– CHF 0
- Spese ospedaliere	– CHF 300	– CHF 500	– CHF 100	– CHF 150