

Condizioni particolari dell'assicurazione malattia complementare con bonus

SBGA01-I10 – edizione 01.04.2003

Indice

Art. 1	Oggetto dell'assicurazione	Art. 6	Premi
Art. 2	Condizioni di ammissione	Art. 7	Classe di premi
Art. 3	Prestazioni assicurate	Art. 8	Variazione del livello dei premi
Art. 4	Diritto alle prestazioni	Art. 9	Diritti e doveri dell'assicurato
Art. 5	Franchigie		

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

Scopo della presente assicurazione complementare è quello di fornire agli assicurati prestazioni specifiche complementari all'assicurazione malattia obbligatoria.

Tramite un bonus legato al non consumo di prestazioni, si responsabilizza l'assicurato permettendogli di ottenere una riduzione dell'importo del proprio premio (art. 8).

Art. 2 Condizioni di ammissione

Chiunque può aderire all'assicurazione malattia complementare con bonus, fino al 60° anno di età.

Art. 3 Prestazioni assicurate

L'assicuratore concede la copertura delle seguenti prestazioni, in complemento all'assicurazione malattia obbligatoria (cfr. allegato A facente parte integrante delle presenti condizioni particolari).

1. Prestazioni sottoposte al calcolo del bonus e della franchigia

1. Medicina naturale

L'assicuratore assume le terapie sotto indicate, se sono eseguite da un medico il cui diploma è riconosciuto dal diritto Svizzero o da un esperto in terapia naturale riconosciuto dall'assicuratore.

L'assicuratore si riserva il diritto di escludere determinati terapeuti specializzati in terapie naturali.

Prima di sottoporsi alle cure, l'assicurato dovrà verificare se il terapeuta presso il quale si farà curare fa parte dei terapeuti riconosciuti dall'assicuratore.

Lista delle terapie «medicina naturale»

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, fasciaterapia, integrazione posturale, chinesologia, massaggi, medicina antroposofica, mesoterapia, ortobionomia, osteopatia, polarità, riequilibrio energetica, riflessologia, reiki, rolfing, shiatsu, trager, training autogeno.

Altro

biodinamica, rebirthing, sofrologia, metodo tomatis. Qualsiasi cambiamento volontario di terapia o di terapia nel corso del trattamento dovrà essere anticipatamente approvato dall'assicuratore.

2. Medicamenti limitati

La percentuale prevista sul costo dei medicamenti non coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure, ad eccezione, tuttavia, dei preparati farmaceutici per applicazioni speciali (LPPA).

3. Medicamenti fuori lista

La percentuale prevista sul costo dei medicamenti che non figurano in alcuna lista ufficiale (ES-EMT) e che non sono coperti dall'assicurazione malattia obbligatoria, ad eccezione, tuttavia, dei preparati farmaceutici per applicazioni speciali (LPPA).

4. Spese di collocamento e di accompagnamento

Previa richiesta rivolta all'assicuratore, la percentuale delle spese di collocamento temporaneo dei membri della famiglia che convivono con l'assicurato, quando quest'ultimo deve essere ricoverato per ragioni sanitarie. Il collocamento temporaneo dei membri della famiglia dovrà essere effettuato presso un ente ufficialmente riconosciuto.

In caso di ricovero, l'assicuratore copre le spese per l'occupazione di un letto in ospedale da parte di un membro della famiglia a condizione che questa misura sia giustificata dal punto di vista medico.

5. **Apparecchi e protesi ortopediche**
La percentuale prevista delle spese di noleggio e d'acquisto di protesi ortopediche e di mezzi ausiliari (protesi dentarie escluse) prescritti da un medico verrà coperta secondo la lista stabilita dall'assicuratore.
6. **Spese di trasporto**
La percentuale prevista sulle spese di trasporto, conseguenti ad una malattia o ad un infortunio coperto, fino al centro ospedaliero o allo studio medico più vicino, a condizione che siano necessarie dal punto di vista medico e che non siano coperte dall'assicurazione obbligatoria.
Questo contributo è versato unicamente in caso di trasporto tramite ambulanza ed elicottero o nell'ambito di un intervento di ricerca e di salvataggio.
Sono coperte anche le spese per i trasporti pubblici (treno, autobus) necessari per cure ambulatoriali volte ad evitare un ricovero ospedaliero.
7. **Cure ambulatoriali**
Libera scelta del luogo di cura in Svizzera in caso di cure ambulatoriali riconosciute dalla LAMal, a condizione che il fornitore delle cure sia riconosciuto dall'assicuratore.
La percentuale prevista della 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.
8. **Cure termali in Svizzera**
La percentuale prevista delle spese relative alla cura e alla pensione in caso di cure termali in centri riconosciuti dall'assicuratore, secondo la lista degli istituti di cure balneari riconosciuti conformemente all'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione malattia (OPre). Le prestazioni vengono concesse solo se risultano necessarie da un punto di vista sanitario e se sono prescritte da un medico. Una richiesta di autorizzazione verrà presentata all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura, allegando la prescrizione medica.
9. **Cura di convalescenza in Svizzera**
La percentuale prevista delle spese relative alle cure e alla pensione in caso di cure di convalescenza in Svizzera in centri riconosciuti dall'assicuratore, a condizione che la cura venga prescritta in seguito a ricovero ospedaliero. Una richiesta di autorizzazione va indirizzata all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura, allegando la prescrizione medica.
10. **Aiuto domiciliare**
In seguito a ricovero ospedaliero conseguente ad una malattia o ad un infortunio (esclusa la maternità) e previa richiesta indirizzata all'assicurazione, un importo per le spese risultanti da prestazioni di aiuto domiciliare, necessarie dal punto di vista medico, fornite da un ente ufficiale, per lo svolgimento delle faccende domestiche e degli atti quotidiani al posto dell'assicurato. Tutte le altre spese sono escluse (pulizia generale, ecc.).
Non verrà riconosciuta alcuna prestazione qualora l'assicurato venga dichiarato invalido dall'assicurazione

invalidità (AI), o sia beneficiario di un assegno per grandi invalidi o soggiorni in un ente ospedaliero, o in una casa di cura o di riposo.

11. **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 siano coperte dall'assicurazione malattia obbligatoria.
12. **Pasti a domicilio**
In seguito ad un ricovero ospedaliero, l'importo previsto per le spese relative ai pasti a domicilio forniti da un ente riconosciuto dall'assicuratore e dietro prescrizione medica.
13. **Consegna dei farmaci a domicilio**
Il diritto alla copertura delle spese di spedizione dei farmaci prescritti su ricetta medica, tramite un partner riconosciuto dall'assicuratore.

2. Prestazioni non soggette al calcolo del bonus e alla franchigia

1. **Groupe Mutuel Assistance**
Le prestazioni previste dalle condizioni d'intervento del Groupe Mutuel Assistance (categoria ASS) (rimpatrio e trasporto nei casi in cui il sinistro si verifichi oltre un raggio di 20 chilometri dal domicilio dell'assicurato in Svizzera e all'estero).
2. **Prevenzione**
 1. **Secondo parere**
La percentuale prevista delle spese relative ad un secondo parere medico prima del ricovero ospedaliero, rilasciato da un medico riconosciuto dall'assicuratore. La menzione «Secondo Parere» dovrà figurare sulla fattura.
 2. **Mammografie**
La percentuale prevista per le mammografie che non sono coperte dall'assicurazione malattia obbligatoria.
 3. **Vaccini**
Le spese per le vaccinazioni non incluse nell'OPre e necessarie in Svizzera e per quelle consigliate dall'Ufficio Federale della Sanità per i viaggi all'estero.
 4. **Test preventivi (Elisa o HIV)**
La percentuale prevista per le spese relative ai test preventivi, se prescritti e praticati dai fornitori di cure riconosciuti.
 5. **Check-up**
La percentuale prevista delle spese di check-up se questo è effettuato da un medico riconosciuto dall'assicurazione, ma al massimo un check-up ogni tre anni.
 6. **Psicoterapia**
L'importo previsto delle spese relative a cure mediche prescritte e dispensate da psicoterapeuti che non siano medici e da psicologi indipendenti, ma al massimo due sedute all'anno. Tali prestazioni sono complementari all'assicurazione obbligatoria per le cure.
 7. **Controllo dentistico annuale**
L'importo previsto sulle spese relative ad un controllo preventivo annuale praticato da un dentista titolare di diploma federale, se il controllo non è co-

perto dall'assicurazione malattia obbligatoria.

8. **Consulenza dietetica**

L'importo previsto sulle spese di consulenza dietetica fornita da professionisti riconosciuti dall'assicuratore, ma al massimo tre consulenze in tre anni.

9. **Promozione della salute**

Per quanto riguarda le misure di promozione della salute per i problemi dorsali, fitness e prestazioni di disintossicazione dal tabacco o dall'alcool sotto forma di cura presso un istituto autorizzato, l'assicurazione copre la percentuale delle spese fatturate dai fornitori riconosciuti dall'assicuratore, per un importo massimo indicato nell'appendice A. Qualora venissero adottate più misure di promozione della salute nel corso dello stesso anno civile, la prestazione massima totale coperta dall'assicurazione sarà di Fr. 200.–.

Art. 4 Diritto alle prestazioni

1. L'assicurato ha diritto alle prestazioni dall'entrata in vigore del contratto d'assicurazione.
2. Le prestazioni vengono imputate in funzione delle date di cura. Le spese posteriori all'esaurimento dei diritti (prestazioni con limite di durata o di importo) non possono essere riportate sull'anno seguente.
3. Nella misura prevista dalle presenti condizioni d'assicurazione, l'assicuratore rimborsa le spese non coperte dall'assicurazione malattia obbligatoria quando 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 aliquote e franchigie legali relative all'assicurazione obbligatoria e alle altre assicurazioni complementari.

Art. 5 Franchigie

1. Le prestazioni di cui all'articolo 3 capoverso 1 sono sottoposte ad una franchigia annua di Fr. 150.–.
2. Non verrà prelevata alcuna franchigia per le prestazioni di cui all'articolo 3 capoverso 2.

Art. 6 Premi

1. L'assicurato che, durante l'anno, raggiunge l'età massima della sua fascia d'età viene automaticamente trasferito, all'inizio dell'anno civile seguente, alla fascia d'età superiore. Le fasce d'età determinanti sono:
 - da 0 a 18 anni
 - da 19 a 25 anni
 - dal 26° anno e fino al 71° anno, le fasce d'età sono scaglionate in gruppi di 5 anni.
2. I premi tengono conto delle fasce d'età sopra indicate e delle classi di premi. Una modifica della classe di premi (secondo l'art. 8) non è considerata come un adeguamento del premio ai sensi dell'articolo 29 delle Condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari (CGC). Pertanto, il diritto di disdetta in caso d'adeguamento dei premi non è applicabile nella fattispecie.

Art. 7 Classe di premi

1. Per l'anno dell'affiliazione, come pure per l'anno seguente, è applicabile la classe di premi 3.
2. Esistono le seguenti classi di premi:

% del premio	Classe di premi
100	5
90	4
80	3
70	2
60	1
50	0

Art. 8 Variazione del livello dei premi

1. Qualora, nel corso di un periodo di riferimento, l'assicurato non beneficiasse di alcuna prestazione (importi coperti dall'assicuratore e inferiori alla franchigia) di cui all'articolo 3 punto 1, il premio dell'anno civile seguente verrà calcolato in base alla classe di premi immediatamente inferiore, a meno che l'assicurato non avesse già raggiunto il livello minimo dei premi.
2. Il periodo dal 1° luglio al 30 giugno è considerato come periodo di riferimento ai fini della verifica delle prestazioni relative all'assicurazione delle cure complementari con bonus di cui ha beneficiato l'assicurato. La data di pagamento della prestazione da parte dell'assicuratore è determinante ai fini dell'attribuzione del periodo di riferimento.
3. Se, durante un periodo di riferimento, l'assicurato beneficia di prestazioni (importi coperti dall'assicuratore) di cui all'articolo 3 punto 1 per un importo superiore a quello della franchigia prevista all'articolo 5, il premio per l'anno civile successivo passerà alla classe superiore. L'aumento può raggiungere al massimo la classe di premi 5 che equivale al 100% del premio ordinario.

Art. 9 Diritti e doveri dell'assicurato

1. Qualora la fattura venisse inviata all'assicuratore dopo sei mesi dalla data di emissione e, per questo motivo, l'assicurato beneficiasse indebitamente di una riduzione dei premi, l'assicuratore sarà autorizzato a ridurre le sue prestazioni proporzionalmente all'importo del premio ingiustamente risparmiato.
2. Qualora, per il rimborso delle prestazioni, venisse applicato il sistema del terzo pagante, l'assicurato avrà la possibilità, entro 30 giorni dalla ricezione del conteggio, di rimborsare all'assicuratore le prestazioni versate dallo stesso, in modo da poter conservare il diritto al bonus.

Allegato A

Tipi di prestazioni	Rimborso in %
Prestazioni sottoposte al calcolo del bonus e della franchigia di Fr. 150.-	
Medicina naturale	90% illimitato
Medicamenti limitati	90% illimitato
Medicamenti fuori lista	90% illimitato
Spese di collocamento e di accompagnamento	90% illimitato
Apparecchi e protesi ortopediche	90% illimitato
Spese di trasporto e di salvataggio	90% illimitato
Libera scelta del medico per le cure ambulatoriali in Svizzera	90% illimitato
Cure termali in Svizzera	90% illimitato (max. 30 giorni/anno)
Cura di convalescenza in Svizzera	90% illimitato (max. 30 giorni/anno)
Aiuto domiciliare	90% (max. Fr. 2'500.-/anno)
Occhiali e lenti a contatto	Fr. 150.- ogni 3 anni
Pasti a domicilio	Fr. 20.- al giorno (max. 30 giorni/anno)
Consegna di farmaci a domicilio	Copertura delle spese di spedizione
Prestazioni non sottoposte al calcolo del bonus e alla franchigia di Fr. 150.-	
Groupe Mutuel Assistance	In caso d'emergenza in Svizzera e all'estero
Prevenzione	
Secondo parere (prima di un'ospedalizzazione)	90% illimitato
Mammografie	90% illimitato
Vaccini	90% illimitato
Test preventivi (Elisa o HIV)	90% illimitato
Check-up (ogni 3 anni)	90% illimitato
Psicoterapia	2 sedute all'anno, max. Fr. 140.-
Controllo dentistico annuale	max. Fr. 75.-/anno
Consulenza dietetica (max. 3 consulenze in 3 anni)	Fr. 50.-/seduta
Promozione della salute: problemi dorsali, fitness, prestazioni per disintossicazione dal tabacco e dall'alcool	50%, max. Fr. 200.-/anno