



Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA

Condizioni d'assicurazione

Indice

Condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari del Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA	CGC	5
Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Global	Categoria GL	13
Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Global classic	Categoria GI	18
Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Global mi-privée	Categoria GM	22
Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Global privée	Categoria GP	27
Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Global smart	Categoria GO	32
Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Global confort	Categoria GC	39
Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Global flex	Categoria GX	44
Condizioni particolari dell'assicurazione delle cure complementari	Categoria SC	47
Condizioni particolari dell'assicurazione malattia complementare con bonus	Categoria SB	52
Condizioni particolari dell'assicurazione di cure complementari Premium	Categoria SD	56
Condizioni particolari dell'assicurazione di cure complementari Optimum	Categoria SO	60
Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Vitalis	Categoria SP	64
Condizioni particolari dell'assicurazione complementare di cure Alterna	Categoria SA	65
Condizioni particolari dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione	Categoria HC	66
Condizioni particolari dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione H-Bonus	Categoria HB	68
Condizioni particolari dell'assicurazione Hôpital senior	Categoria HS	70
Condizioni particolari dell'assicurazione H-Capital	Categoria KH	72
Condizioni particolari dell'assicurazione di un'indennità giornaliera in caso d'ospedalizzazione	Categoria BH	73
Condizioni particolari dell'assicurazione Mundo	Categoria MU	74
Condizioni particolari dell'assicurazione delle cure Dentaire plus	Categoria DP	76
Condizioni particolari dell'assicurazione Acrobat	Categoria AB	78
Condizioni particolari dell'assicurazione ActiVita	Categoria AJ	82
Condizioni particolari dell'assicurazione ProVista	Categoria ID	85
Condizioni particolari dell'assicurazione Legis^{sana}	Categoria LG	88
Condizioni particolari dell'assicurazione KidsProtect	Categoria KP	90
Condizioni generali dell'assicurazione Groupe Mutuel Assistance	Categoria AG	92

Condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari del Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA

CGC

La forma al maschile utilizzata a volte nel presente testo si applica per analogia alle persone di sesso femminile.

CAGA04-I2 – edizione 01.01.2022

L'assicuratore è il Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA.

Art. 1 Contratto d'assicurazione individuale per prodotto e basi del contratto d'assicurazione

1. Salvo deroghe previste dalle disposizioni contrattuali, il contratto d'assicurazione è disciplinato dalla Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908.
2. La proposta d'assicurazione, la polizza d'assicurazione, le presenti condizioni generali (CGC), le condizioni particolari e le convenzioni particolari costituiscono le basi del contratto d'assicurazione.
3. Ogni prodotto d'assicurazione, disciplinato da idonee condizioni particolari, è oggetto di un contratto individuale e distinto.

Art. 2 Scopo dell'assicurazione

1. L'assicurazione copre in linea di massima le conseguenze economiche della malattia, della maternità e dell'infortunio.
2. Le condizioni particolari di ogni prodotto d'assicurazione definiscono i rischi assicurati.

Art. 3 Definizioni

1. Per malattia s'intende qualsiasi danno alla salute fisica, psichica o mentale che non è dovuto a un infortunio e che esige un esame o un trattamento medico o provoca un'incapacità lavorativa.
2. Per infortunio s'intende qualsiasi danno improvviso e involontario causato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che compromette la salute fisica, psichica o mentale o che causa la morte.
Le lesioni corporali ai sensi dell'articolo 6 cpv. 2 della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) sono equiparate a un infortunio.
3. La maternità include la gravidanza, il parto e la convalescenza che ne segue.

Art. 3a Tipo d'assicurazione

1. A meno che non sia diversamente previsto nelle condizioni particolari d'assicurazione, la copertura dei prodotti disciplinati dalle presenti condizioni generali rientra nella categoria di assicurazioni di danni.
2. Le coperture d'assicurazione che rientrano nell'ambito delle assicurazioni di danni risarciscono il danno effettivo subito fino all'importo delle prestazioni assicurate.
3. Le coperture d'assicurazione che rientrano nell'ambito delle assicurazioni di somme prevedono, in caso di sinistro, il pagamento della somma concordata contrattualmente indipendentemente dal danno effettivo subito.

Art. 4 Validità territoriale

1. L'assicurazione è valida in tutto il mondo.
2. Se una malattia si manifesta o un infortunio avviene in Svizzera e se la persona assicurata si fa curare in un altro paese, le spese di cura sono rimborsate soltanto se il medico curante, prima della cura all'estero, ha trasmesso all'assicuratore una richiesta e questi l'ha accettata.

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

1. A meno che le condizioni particolari d'assicurazione non prevedano diversamente, i prodotti d'assicurazione possono essere mantenuti se la persona assicurata si trasferisce all'estero durante la durata del contratto, senza possibilità d'aumento della copertura d'assicurazione, a condizione che la persona assicurata rimanga soggetta all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal, conformemente all'accordo sulla libera circolazione delle persone tra l'UE e l'AELS o ad altri accordi internazionali di sicurezza sociale, o sia coperta da un'assicurazione equivalente secondo l'art. 7a dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal).
2. La persona assicurata domiciliata all'estero deve informare l'assicuratore entro 30 giorni se non soddisfa più i criteri di cui all'articolo 4a capoverso 1 delle presenti condizioni. In caso di violazione di questo obbligo, la persona assicurata deve rimborsare all'assicuratore le prestazioni erogate a partire dalla data in cui i criteri di cui sopra non sono più soddisfatti.

Art. 5 Persona proponente, persona contraente e persona assicurata

1. La persona proponente è la persona che trasmette all'assicuratore una proposta di contratto d'assicurazione.
2. La persona contraente è la persona che ha sottoscritto un contratto con l'assicuratore.
3. La persona che è menzionata come assicurata nella polizza d'assicurazione è considerata la persona assicurata.

Art. 6 Proposta d'assicurazione

1. L'invio di una proposta d'assicurazione non costituisce una richiesta di offerta, bensì una dichiarazione formale della persona proponente all'assicuratore di voler stipulare uno o più contratti d'assicurazione. La persona proponente rimane vincolata all'assicuratore conformemente alle disposizioni dell'articolo 1 LCA, cioè per 14 giorni o per quattro settimane se sono richieste informazioni mediche.
2. La persona proponente può revocare la proposta al più tardi entro 14 giorni dall'invio della sua domanda di sottoscrizione di contratto. Questo termine è rispettato se la persona proponente consegna la revoca all'assicuratore conformemente all'articolo 37 CGC, o se consegna alla posta la sua notifica di revoca al più tardi entro l'ultimo giorno del termine.
3. Se la proposta è inviata dall'assicuratore, la persona contraente può revocare il contratto entro 14 giorni dalla sua accettazione.
4. La proposta d'assicurazione deve essere formulata tramite il modulo messo a disposizione dall'assicuratore. La persona proponente deve rispondere a tutte le domande che figurano nella proposta d'assicurazione e nel questionario sullo stato di salute in modo completo e veritiero. È inoltre responsabile del fatto che le risposte fornite da un terzo o da un

intermediario siano conformi alle sue istruzioni. Le persone assicurate devono autorizzare i terzi a fornire all'assicuratore i documenti e le informazioni di cui ha bisogno.

5. L'assicuratore si riserva il diritto di accettare o di rifiutare la proposta d'assicurazione, di emettere riserve o di applicare sovrappremi se le condizioni particolari del prodotto lo prevedono. Non è tenuto a motivare la sua decisione.
6. Il rifiuto di uno o più prodotti della proposta d'assicurazione o l'emissione di una riserva su uno o più prodotti della proposta d'assicurazione non giustifica la revoca degli altri prodotti accettati dall'assicuratore.
7. Il rifiuto di prodotti di altri membri della famiglia della persona proponente o l'emissione di una riserva su prodotti di altri membri della famiglia della persona proponente (coniuge, figli) non giustifica la revoca della propria proposta o del(i) contratto(i) della persona proponente stessa.
8. La proposta d'assicurazione di una persona che non ha il diritto di esercitare i propri diritti civili deve essere ratificata dal suo rappresentante legale.

Art. 7 Informazioni mediche

1. L'assicuratore può, a sue spese, esigere un rapporto medico.
2. Può altresì fare esaminare lo stato di salute della persona proponente da un medico da lui designato.

Art. 8 Riserve

1. L'assicuratore può emettere delle riserve per le persone che, nel momento in cui compilano la proposta d'assicurazione, soffrono di una malattia o dei postumi di un infortunio. Sono altresì oggetto di riserva le malattie e gli infortuni di cui la persona assicurata ha sofferto anteriormente se, secondo l'esperienza, sono possibili ricadute.
2. L'affezione oggetto della riserva è comunicata alla persona assicurata per mezzo di una dichiarazione di consenso. La persona assicurata che accetta di stipulare il contratto con la riserva è tenuta a dare il suo consenso. Se la persona assicurata non esprime il proprio accordo entro il termine stabilito dall'assicuratore, quest'ultimo può considerare che la persona assicurata rinuncia al diritto di sottoscrivere la copertura oggetto della riserva.
3. Le riserve sono emesse per tutta la durata del contratto. La persona assicurata è libera di fare attestare a sue spese che una riserva non è più giustificata. In questo caso, l'assicuratore si riserva il diritto di mantenere la riserva in questione o di sopprimerla.

Art. 9 Modifica della copertura d'assicurazione

1. La proposta di aumento della copertura d'assicurazione (ad esempio riduzione della franchigia, aumento del livello di copertura o del capitale assicurato) nell'ambito dello stesso prodotto è considerata una proposta di sottoscrizione di un nuovo contratto ai sensi degli articoli da 6 a 13 delle presenti CGC.
2. L'assicuratore si riserva il diritto di accettare o di rifiutare tale proposta o di emettere riserve alle condizioni e nei termini dell'articolo 1 LCA e dell'articolo 6 delle CGC. In particolare, le condizioni del contratto come il termine di disdetta e un eventuale termine di attesa (periodo iniziale del contratto durante il quale non si acquisisce la copertura assicurativa per tutte o alcune prestazioni) si applicano nuovamente e non ci sono diritti acquisiti ripresi dal vecchio contratto.
3. Una riduzione della copertura all'interno dello stesso prodotto è possibile solo alla scadenza della durata minima

contrattuale, con un preavviso di un mese alla fine di un anno civile. Se la richiesta di riduzione della copertura è fatta a seguito di un aumento del premio, è richiesto solo un mese di preavviso per la fine di un anno civile.

Art. 10 Inizio del contratto e della copertura d'assicurazione

1. Il contratto d'assicurazione è stipulato nel momento in cui l'assicuratore comunica alla persona proponente di aver accettato la proposta.
2. La copertura d'assicurazione comincia a decorrere dalla data d'entrata in vigore indicata nella polizza d'assicurazione.
3. Sono riservati i termini d'attesa previsti nelle condizioni particolari.

Art. 11 Reticenza

1. Se la persona contraente, quando ha risposto alle domande, ha ommesso di dichiarare o ha dichiarato in modo inesatto un fatto importante che conosceva o doveva conoscere (reticenza), l'assicuratore ha il diritto di disdire il contratto, entro quattro settimane dal momento in cui è venuta a conoscenza della reticenza.
2. La disdetta diventa effettiva quando giunge alla persona contraente.

Art. 12 Periodo d'assicurazione

1. Il periodo d'assicurazione corrisponde a un anno civile e va dal 1° gennaio al 31 dicembre.
2. In caso di sottoscrizione del contratto durante un anno civile, il primo periodo d'assicurazione va dalla data di entrata in vigore del contratto confermata nella polizza d'assicurazione fino alla fine dell'anno civile.

Art. 13 Durata e disdetta del contratto d'assicurazione

1. Il contratto è sottoscritto senza limiti di durata, salvo disposizioni contrarie previste nelle condizioni particolari.
2. Al termine di tre periodi d'assicurazione, la persona contraente può disdire il contratto individualmente per la fine di un anno civile con preavviso di tre mesi. Fanno eccezione alcuni prodotti la cui durata al termine della quale la persona contraente può disdire il contratto secondo le condizioni particolari è diversa. Conformemente all'articolo 35a cpv. 4 LCA, soltanto la persona contraente può esercitare tale diritto di disdetta.
3. L'assicuratore può disdire il contratto in caso di frode o tentativo di frode.
4. Dopo ogni sinistro per il quale l'assicuratore deve corrispondere una prestazione, la persona contraente ha il diritto di disdire il prodotto d'assicurazione in questione entro 10 giorni dal momento in cui è venuta a conoscenza del pagamento dell'indennità. Conformemente all'articolo 35a cpv. 4 LCA, soltanto la persona contraente può esercitare tale diritto di disdetta. Se la persona contraente disdice il contratto, l'assicurazione cessa di produrre i suoi effetti quattordici giorni dopo la notifica della disdetta all'assicuratore. Quest'ultimo conserva il suo diritto al premio per il periodo di assicurazione in corso, se la persona contraente disdice il contratto entro un anno dall'entrata in vigore della copertura d'assicurazione. Negli altri casi, il premio è dovuto soltanto fino alla fine del contratto.
5. Il diritto di disdire per violazione del diritto d'informare da parte dell'assicuratore al momento della stipula del contratto si estingue quattro settimane dopo che la persona contraente è venuta a conoscenza della violazione e delle

informazioni, ma al massimo due anni dopo la violazione. La disdetta produce i suoi effetti non appena giunge all'assicuratore. Il premio è dovuto soltanto fino alla fine del contratto, se questo è disdetto o cessa di produrre i suoi effetti prima della scadenza.

6. Il contratto può essere disdetto in qualsiasi momento dalla persona contraente o dall'assicuratore per giusti motivi ai sensi dell'articolo 35b LCA.
7. La persona contraente deve notificare la disdetta in conformità con l'articolo 37 delle presenti CGC.

Art. 14 Fine del contratto d'assicurazione

Il contratto d'assicurazione e il diritto alle prestazioni cessano:

- a. con il decesso della persona assicurata;
- b. con la disdetta del contratto d'assicurazione;
- c. se l'assicuratore recede dal contratto d'assicurazione a seguito del mancato pagamento dei premi, conformemente all'articolo 21 cpv. 1 LCA;
- d. in caso di trasferimento del domicilio all'estero, alla data di partenza dal territorio svizzero comunicata alle autorità comunali o cantonali competenti e a condizione che non sia stato concordato altrimenti ai sensi dell'articolo 4a delle presenti condizioni d'assicurazione;
- e. se la persona assicurata domiciliata all'estero non soddisfa più le condizioni per il mantenimento della copertura secondo l'articolo 4a delle presenti condizioni d'assicurazione.

Art. 15 Estensione e durata delle prestazioni assicurate

1. Le prestazioni erogate dall'assicuratore per ogni prodotto d'assicurazione sono disciplinate dalle condizioni particolari d'assicurazione corrispondenti.
2. Salvo disposizioni contrarie indicate nelle condizioni particolari d'assicurazione, le prestazioni in caso di infortunio sono le stesse di quelle erogate in caso di malattia.

Art. 16 Diritto alle prestazioni

1. Il diritto alle prestazioni può essere esercitato solo per le malattie o gli infortuni che insorgono durante la validità della copertura assicurativa.
2. La persona assicurata deve fornire all'assicuratore delle fatture dettagliate.
3. Su richiesta dell'assicuratore, la persona assicurata deve inviare la fattura originale e altri documenti giustificativi necessari (rapporti medici, prescrizioni, attestati di pagamento ecc.).

Art. 17 Pagamento delle prestazioni

1. Le persone assicurate devono in genere pagare direttamente gli onorari ai fornitori di prestazioni. Essi accettano tuttavia le convenzioni stipulate tra l'assicuratore e i fornitori di prestazioni secondo cui, in deroga a quanto precisato, l'assicuratore paga direttamente gli onorari ai fornitori di prestazioni.
2. Le prestazioni coperte sono rimborsate non appena l'assicuratore riceve tutte le informazioni e i documenti che gli permettono di giustificare la fondatezza e l'importanza delle prestazioni richieste.
3. L'assicuratore può stilare il suo conteggio soltanto sulla base delle fatture dettagliate con indicati le date dei trattamenti, il tipo di trattamento, le prestazioni mediche dispendiate, l'importo corrispondente ad ogni prestazione, nonché

i nomi, gli indirizzi e i numeri di telefono dei fornitori di prestazioni svizzeri e stranieri. Qualora lo ritenesse opportuno, l'assicuratore può esigere, a spese della persona assicurata, la traduzione in una delle lingue nazionali dei documenti in lingua straniera.

4. Le persone assicurate che risiedono all'estero devono comunicare all'assicuratore un indirizzo per il pagamento in Svizzera.

Art. 18 Esclusione delle prestazioni

1. La copertura d'assicurazione è esclusa per:
 - a. le malattie, gli infortuni e i loro postumi che esistono già al momento della sottoscrizione del contratto o che sono oggetto di una riserva;
 - b. le malattie, gli infortuni e i loro postumi dopo la cessazione del contratto d'assicurazione, anche se durante la validità del contratto d'assicurazione sono state erogate prestazioni. Rimane riservato un obbligo di fornire prestazioni periodiche ai sensi dell'articolo 35c LCA;
 - c. per le cure dentarie, a condizione che la copertura non sia espressamente prevista nei vari prodotti d'assicurazione;
 - d. per i costi di un trattamento inefficace, inadeguato o non economico. Con il termine inefficace, si intende un trattamento la cui efficacia non è stata dimostrata con metodi scientifici. Con il termine inadeguato, si intende un trattamento che è controindicato o inappropriato, o dove l'indicazione medica non è chiaramente stabilita. Con il termine non economico, si intende che il trattamento avrebbe potuto essere sostituito da un trattamento alternativo più economico, o non è necessario;
 - e. per i trattamenti di infertilità;
 - f. – per interventi volti a correggere o eliminare difetti fisici o imperfezioni di natura estetica, a meno che non siano richiesti da un evento assicurato;
 - per cure di ringiovanimento o interventi destinati a migliorare le prestazioni fisiche;
 - g. per trattamenti derivanti da suicidio, mutilazione volontaria e tentativi di suicidio o mutilazione;
 - h. per i danni alla salute derivanti dall'azione delle radiazioni ionizzanti e i danni causati dall'energia atomica;
 - i. per le conseguenze di eventi di guerra:
 - in Svizzera;
 - all'estero, a meno che la persona assicurata non sia stata colta alla sprovvista da questi eventi nel paese in cui si trova e la malattia o l'infortunio si verifichi entro 15 giorni dall'inizio di questi eventi;
 - j. per le conseguenze di disordini di qualsiasi tipo e le misure prese per combatterli, a meno che la persona assicurata non dimostri di non aver partecipato attivamente a tali ostilità a fianco degli istigatori o di non averle fomentate;
 - k. per le malattie causate dalla dipendenza dall'alcol;
 - l. per le malattie e gli infortuni dovuti all'uso eccessivo di farmaci o alcool o all'uso di stupefacenti (droghe);
 - m. per i cambiamenti di sesso, compreso il trattamento e i postumi;
 - n. per i trapianti di organi per i quali la Federazione svizzera per i compiti comuni degli assicuratori malattia di Soletta (SVK) ha concluso forfait per caso. Questo vale anche per gli ospedali per i quali non è stato concordato alcun forfait per caso;
2. Sono altresì esclusi le malattie e gli infortuni che la persona assicurata subisce:
 - a. durante il servizio militare all'estero;
 - b. durante i terremoti;
 - c. in caso di crimini o di delitti perpetrati o tentati intenzio-

nalmente, come pure in caso di partecipazione ad atti di guerra o di terrorismo:

- d. in caso di incidenti stradali in cui la persona assicurata ha un tasso di alcolemia che costituisce un'infrazione grave secondo la legge sulla circolazione stradale;
- e. in caso di partecipazione a risse e tafferugli, a meno che la persona assicurata non sia stata ferita dai protagonisti benché non partecipasse agli eventi o mentre portava soccorso ad una persona indifesa;
- f. in occasione di pericoli ai quali la persona assicurata si espone provocando gravemente gli altri;
- g. partecipando ad atti temerari, vale a dire atti durante i quali la persona assicurata si espone ad un pericolo particolarmente grande senza poter prendere le adeguate misure che possono ridurre il rischio ad un livello ragionevole.

Art. 19 Colpa grave della persona assicurata

Se i sinistri sono la conseguenza di una colpa grave della persona assicurata, l'indennità dell'assicuratore è ridotta in proporzione alla colpa.

Art. 20 Pluralità di assicuratori e prestazioni di terzi

1. In conformità alle presenti condizioni generali d'assicurazione, tutte le prestazioni sono erogate in complemento alle prestazioni degli assicuratori stranieri e svizzeri, sociali e privati, in particolare anche all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
2. In caso di assicurazione multipla ai sensi della LCA, ogni assicuratore è responsabile del danno nella proporzione in cui la somma da lui assicurata è proporzionale alla somma totale assicurata.
3. Dal momento che si verifica l'evento assicurato, l'assicuratore subentra, fino a concorrenza delle prestazioni fornite, ai diritti della persona assicurata contro qualsiasi terzo responsabile. L'assicuratore non è vincolato dagli accordi stipulati tra la persona assicurata e i terzi tenuti a prestazioni.
4. In mancanza di copertura da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal, le prestazioni del contratto d'assicurazione sono erogate così come se tale copertura esistesse.

Art. 21 Assicurazione multipla

1. Quando lo stesso interesse è assicurato contro lo stesso rischio e per lo stesso tempo da più di un assicuratore, in modo che il totale delle somme assicurate superi il valore d'assicurazione (assicurazione multipla), la persona contraente è tenuta a notificarlo subito all'assicuratore.
2. Se la persona assicurata non è a conoscenza dell'assicurazione multipla quando viene concluso un contratto successivo, può rescindere questo contratto entro quattro settimane dalla scoperta dell'assicurazione multipla.
3. Se la persona contraente ha omesso intenzionalmente di dare tale notifica, o se ha stipulato un'assicurazione multipla con l'intento di procurarsi in questo modo un profitto illecito, l'assicuratore non è vincolato dal contratto. L'assicuratore avrà diritto all'integralità del premio convenuto.

Art. 22 Sovrassicurazione

1. Le prestazioni d'assicurazione fornite nell'ambito dei prodotti disciplinati dalle presenti condizioni generali non devono comportare un sovraindennizzo della persona contraente.

2. In caso di sovraindennizzo, le prestazioni saranno ridotte di conseguenza.
3. Questa disposizione non si applica ai prodotti che rientrano nelle assicurazioni di somme.

Art. 23 Fornitori di prestazioni riconosciuti dall'assicuratore

1. L'assicuratore assume i costi delle cure fornite da fornitori riconosciuti sia dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie LAMal che dall'assicuratore.
2. L'assicuratore può riconoscere altri fornitori di prestazioni che non sono riconosciuti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie LAMal.
3. **Prima di ogni trattamento, la persona assicurata deve informarsi se il fornitore di prestazioni presso cui si farà curare fa parte dei fornitori riconosciuti dall'assicuratore.**
4. L'assicuratore può tenere una lista di fornitori di prestazioni riconosciuti o esclusi.
5. L'assicuratore può modificare in qualsiasi momento la ricerca dei fornitori di prestazioni menzionati nei precedenti capoversi 1 e 2.
6. Un tale cambiamento non dà alla persona assicurata il diritto di disdire il contratto.

Art. 24 Tariffe dei fornitori di prestazioni

1. L'assicuratore riconosce le tariffe valide per le assicurazioni sociali svizzere e le tariffe private, alle quali aderisce, applicate secondo convenzione.
2. È possibile pretendere prestazioni soltanto limitatamente alla tariffa che l'assicuratore riconosce per il fornitore di prestazioni in questione.
3. Gli accordi sugli onorari, convenuti tra i fornitori di prestazioni e le persone assicurate, non vincolano l'assicuratore.
4. In caso di controversia sulla tariffa delle prestazioni, la persona assicurata cede all'assicuratore i suoi diritti contro il fornitore di prestazioni.

Art. 25 Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni

Le persone assicurate non possono né cedere, né costituire in pegno i loro crediti verso l'assicuratore, senza il suo consenso.

Art. 26 Fissazione dei premi

1. I premi sono fissati in una tariffa per prodotto d'assicurazione.
2. La tariffa può prevedere premi differenziati secondo il sesso, la regione di domicilio e la fascia d'età della persona assicurata, così come altri criteri definiti nelle condizioni particolari.
3. Le fasce d'età determinanti sono in genere definite nelle condizioni particolari d'assicurazione.
4. Un cambiamento di fascia d'età comporta in genere un adeguamento automatico del premio per le persone assicurate in questione.
5. L'assicuratore può modificare lo scaglionamento dell'ultima fascia d'età se ciò è giustificato da ragioni demografiche o attuariali.
6. L'assicuratore può modificare le regioni di premio se ciò è giustificato da una diversa evoluzione dei costi all'interno di una regione di premio o tra diverse regioni di premio.
7. In caso di aumento del premio a causa di un cambiamento di fascia d'età, di una modifica dello scaglionamento dell'ultima fascia d'età o delle regioni di premio, la persona con-

traente ha il diritto di disdire il contratto conformemente all'articolo 29 cpv. 3 delle presenti CGC.

Art. 26a Riduzioni e bonus

1. L'assicuratore può concedere riduzioni o bonus, il cui tipo è specificato nella polizza di assicurazione e/o nelle condizioni particolari d'assicurazione.
2. Le categorie di riduzioni sono le seguenti:
 - a. Le riduzioni legate a un contratto quadro: queste sono definite nell'articolo 40 delle presenti CGC.
 - b. Le riduzioni di abbinamento: nelle condizioni particolari o contrattuali sono definiti gli abbinamenti che danno diritto a una riduzione. Tale riduzione può essere modificata conformemente all'articolo 29 delle presenti CGC.
 - c. Le riduzioni derivanti da un'offerta limitata nel tempo: il diritto alla riduzione è valido per un periodo di tempo definito contrattualmente.
 - d. Le riduzioni per famiglie, per bambini e per giovani: il diritto alla riduzione è valido finché la persona assicurata soddisfa i criteri di concessione. Nelle condizioni particolari sono definiti i criteri per la concessione della riduzione. L'assicuratore può modificare o abolire in qualsiasi momento le riduzioni o i bonus con effetto al più tardi dalla fine dell'anno civile in corso.
3. In caso di riduzione/abolizione delle riduzioni o dei bonus, la persona contraente ha il diritto di disdire il contratto ai sensi dell'articolo 29 cpv. 3 delle presenti CGC. Non sussiste alcun diritto di disdetta se le condizioni contrattuali per la concessione di riduzioni o bonus non sono più soddisfatte dalla persona contraente, o se le riduzioni o i bonus sono concessi nell'ambito di campagne promozionali limitate nel tempo.

Art. 27 Pagamento dei premi

1. I premi sono pagabili anticipatamente e annualmente in Svizzera; possono anche essere pagati a rate semestrali, trimestrali o mensili previo accordo speciale e con un supplemento per spese.
2. Il periodo di fatturazione dei premi è di almeno un mese, ad eccezione del mese in cui inizia o finisce l'adesione.

Art. 27a Ingiunzione, diffida e precetto esecutivo

1. Se il premio non è pagato alla scadenza, il debitore riceve una diffida, a sue spese, per effettuare il pagamento entro 14 giorni dalla data dell'invio della diffida, con indicate le conseguenze del ritardo. Se la diffida non produce alcun effetto, l'obbligo di erogare le prestazioni cessa una volta trascorso il termine della diffida.
2. La persona assicurata non può pretendere il rimborso di prestazioni per malattie, infortuni e loro postumi che esistevano o che si sono manifestati durante la sospensione dell'obbligo di erogare le prestazioni, anche se il premio è stato poi pagato.
3. Quando l'assicuratore avvia una procedura esecutiva contro la persona contraente, può reclamarle le spese amministrative.

Art. 28 Rimborso delle franchigie annue e delle aliquote

1. Quando l'assicuratore rimborsa direttamente i fornitori di prestazioni, la persona contraente ha l'obbligo di restituire all'assicuratore la franchigia annua convenuta e/o l'aliquota entro 30 giorni dalla data di fatturazione dell'assicuratore.

2. Se la persona contraente non rispetta tale obbligo di pagamento, si applica per analogia l'articolo 27a.

Art. 29 Modifica delle tariffe dei premi

1. L'assicuratore può adeguare ogni anno la tariffa dei premi e le riduzioni dei premi (conformemente all'articolo 26a) in particolare in caso di:
 - cambiamenti nella frequenza o nell'onere dei sinistri;
 - adeguamento dell'estensione della copertura in conformità all'articolo 36 delle presenti CGC.
2. L'assicuratore informa la persona contraente delle nuove disposizioni contrattuali almeno 30 giorni prima della fine del periodo d'assicurazione.
3. In caso di aumento del premio (cfr. cpv. 1 di cui sopra), la persona contraente ha il diritto di disdire il contratto d'assicurazione interessato dall'aumento entro 30 giorni dal ricevimento della polizza o della notifica dell'aumento, con effetto dalla fine del periodo di assicurazione in corso. L'assicuratore deve ricevere una notifica di disdetta entro 30 giorni. Se la persona contraente non disdice il contratto, gli adeguamenti dei premi sono considerati accettati.
4. La persona contraente non ha il diritto di disdire il contratto in caso di riduzione della tariffa del premio (cfr. cpv. 1 di cui sopra).
5. Una modifica della tariffa del premio dovuta a un trasloco non è considerata un adeguamento del premio ai sensi delle disposizioni di cui sopra. Il diritto di disdetta non si applica in questo caso.

Art. 30 Compensazione

1. L'assicuratore può compensare delle prestazioni scadute con crediti nei confronti delle persone assicurate.
2. Le persone assicurate non hanno alcun diritto di compensazione nei riguardi dell'assicuratore.

Art. 31 Doveri in caso di sinistro

1. Quando richiede prestazioni d'assicurazione, la persona assicurata deve trasmettere all'assicuratore tutti i certificati medici, i rapporti, i giustificativi e le fatture dei diversi fornitori di prestazioni, al massimo entro i termini previsti nell'articolo 38 delle presenti condizioni generali. Sono accettate soltanto le fatture originali.
2. L'assicuratore deve essere informato al massimo entro cinque giorni, dell'ammissione in ospedale o in clinica della persona assicurata. Se è richiesta una garanzia per l'assunzione delle spese, la notifica deve essere effettuata prima dell'ammissione.
3. La persona assicurata o la persona avente diritto deve comunicare all'assicuratore qualsiasi infortunio il più presto possibile, ma al massimo entro 10 giorni dal suo insorgere. Deve fornire tutte le informazioni relative a:
 - a. il momento, il luogo, le circostanze e i postumi dell'infortunio;
 - b. il medico o l'ospedale;
 - c. gli eventuali responsabili e le assicurazioni interessati.
4. La persona avente diritto deve comunicare all'assicuratore il decesso della persona assicurata al massimo entro 30 giorni, anche se l'infortunio è già stato comunicato.
5. In caso di violazione degli obblighi in caso di sinistro, l'assicuratore può ridurre o rifiutare le prestazioni. Queste sanzioni non si applicano, se la violazione degli obblighi non è imputabile alla persona assicurata o se la persona assicurata può dimostrare che la violazione degli obblighi non ha alcuna influenza sul verificarsi dell'evento temuto e sull'entità delle prestazioni dovute dall'assicuratore.

Art. 32 Dovere di informare

1. Qualsiasi cambiamento (cognome, nome, sesso, stato civile, luogo di domicilio, conto bancario o postale, e-mail, telefono) e i decessi devono essere comunicati subito all'assicuratore. In caso di violazione dei suoi obblighi, la persona assicurata si assumerà le conseguenze e le spese che ne derivano.
2. Se la persona assicurata trasferisce la sua residenza o il suo domicilio fuori dalla Svizzera, deve avvisare l'assicuratore e presentare un certificato di partenza rilasciato dal comune o dal cantone. Su questa base, l'assicuratore disdice il contratto d'assicurazione alla data di partenza indicata nell'attestato.
3. Se la persona assicurata non notifica al comune o al cantone la sua partenza o non la notifica entro un termine adeguato, l'assicuratore può disdire il contratto con effetto retroattivo alla data effettiva della partenza notificata al comune o al cantone. In questo caso, le prestazioni indebite saranno reclamate alla persona assicurata.
4. Sono riservati i contratti proseguiti a causa del mantenimento dell'assicurazione obbligatoria delle cure sanitarie in Svizzera ai sensi dell'articolo 4a.

Art. 33 Informazioni e controlli

1. La persona assicurata autorizza espressamente i fornitori di prestazioni che l'hanno curata durante una malattia, un infortunio o in altre occasioni, a fornire al medico di fiducia dell'assicuratore tutte le informazioni di cui ha bisogno per la valutazione delle conseguenze del caso. Inoltre, li svincola in tal modo dal segreto professionale.
2. Quando l'assicurazione è stata stipulata in complemento ad un altro assicuratore sociale o privato, la persona assicurata deve fornire all'assicuratore il conteggio delle prestazioni che gli sono state versate dagli altri assicuratori.
3. L'assicuratore ha il diritto di chiedere a sue spese delle perizie effettuate da medici o specialisti di sua scelta per definire lo stato di salute della persona assicurata o la sua capacità di lavoro. La persona assicurata deve sottoporsi a tali perizie mediche che servono a determinare la diagnosi e a definire il diritto alle prestazioni.
4. La persona assicurata deve sottoporsi in qualsiasi momento al controllo degli ispettori e dei medici di fiducia dell'assicuratore. Dovrà seguire le prescrizioni di questi ultimi per accelerare la guarigione. La persona assicurata che rifiuta di sottoporsi a un controllo da parte di un medico specialista designato liberamente dall'assicuratore si espone al rifiuto delle prestazioni.

Art. 34 Dovere di ridurre il danno

1. La persona assicurata, dall'inizio della malattia o dell'infortunio, deve consultare un fornitore di prestazioni diplomato e in possesso di un'autorizzazione di esercitare e seguirne interamente le prescrizioni. Deve evitare tutto ciò che potrebbe nuocere alla sua guarigione o prolungare la malattia e deve attenersi alle indicazioni che il fornitore di prestazioni le ha dato per quanto concerne le ore di uscita autorizzate. L'assicuratore non risponde dell'aggravarsi delle conseguenze di una malattia o di un infortunio dovuto alla consultazione tardiva di un fornitore di prestazioni o all'inosservanza delle sue prescrizioni.
2. La persona assicurata non può indurre il fornitore di prestazioni ad effettuare trattamenti e controlli inutili o non economici (ad esempio visite a domicilio inutili, degenze ospedaliere invece di trattamenti in ambulatorio, turismo medico...).

Art. 35 False fatture e frode all'assicurazione

1. Le prestazioni non sono concesse in caso di fatture false o falsificate, nonché in caso di frode o di tentativo di frode all'assicurazione.
2. In questi casi, la persona assicurata deve assumere le spese derivanti dal controllo che l'assicuratore ha effettuato e dal trattamento dell'incanto.

Art. 36 Adeguamento delle condizioni d'assicurazione

1. L'assicuratore ha il diritto di adeguare le condizioni generali e particolari dei prodotti d'assicurazione se vi sono modifiche nei seguenti campi:
 - a. sviluppo della medicina moderna;
 - b. istituzione di forme di terapia nuove o onerose, come ad esempio le tecniche operatorie, medicinali e altri casi simili;
 - c. aumento del numero o creazione di nuovi generi di fornitori di prestazioni;
 - d. modifiche delle prestazioni nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
2. Le nuove condizioni si applicano alla persona contraente e all'assicuratore se sono adeguate secondo il primo capoverso durante la validità dell'assicurazione.
3. L'assicuratore informa le persone assicurate di questi adeguamenti. Se la persona contraente non li accetta, può disdire il contratto in questione con effetto dalla data in cui gli adeguamenti hanno effetto. Se l'assicuratore non riceve alcuna disdetta entro 30 giorni, le nuove disposizioni sono considerate accettate.

Art. 37 Comunicazioni

1. Le comunicazioni della persona contraente e dell'assicuratore possono essere validamente indirizzate per iscritto o tramite qualsiasi forma che consenta la prova per testo (e-mail o mezzi di comunicazione messi a disposizione dall'assicuratore), ad eccezione dei social network.
2. Le comunicazioni della persona contraente devono essere inviate agli indirizzi postali o elettronici indicati nei documenti ufficiali dell'assicuratore.
3. Le comunicazioni dell'assicuratore sono validamente effettuate all'ultimo indirizzo di posta o elettronico indicato all'assicuratore dalla persona contraente o dalla persona assicurata.
4. L'assicuratore può anche inviare comunicazioni generali alle persone assicurate per mezzo del giornale destinato agli assicurati. Una persona assicurata che non desidera più ricevere questo giornale può richiederlo all'assicuratore, nel qual caso l'assicuratore sarà liberato da ogni responsabilità per le comunicazioni pubblicate. Queste comunicazioni possono anche essere fatte sul sito web dell'assicuratore e in un documento allegato all'invio annuale delle polizze d'assicurazione.

Art. 38 Prescrizione

I crediti inerenti al contratto d'assicurazione cadono in prescrizione dopo cinque anni dalla nascita dell'obbligo.

Art. 39 Condizioni particolari d'assicurazione

1. Per tutti i prodotti d'assicurazione, l'assicuratore emana delle condizioni particolari che completano e precisano le presenti condizioni generali.

2. Eventuali disposizioni contrarie delle condizioni particolari si applicano al posto delle presenti condizioni generali.

Art. 40 Contratto quadro

1. Per tutti i prodotti d'assicurazione, l'assicuratore può stipulare contratti quadro con partner contrattuali (co-contraenti) per l'adesione di persone che hanno un certo rapporto giuridico con questo co-contraente.
2. L'assicuratore può concedere riduzioni di premio in relazione a un contratto quadro.
3. Le condizioni di concessione e di abolizione delle riduzioni sono comunicate alla persona assicurata prima della sottoscrizione del contratto.
4. In funzione dell'evoluzione della frequenza o dell'onere dei sinistri, le riduzioni possono essere modificate conformemente all'articolo 29 delle presenti CGC.
5. Una modifica del contratto quadro può comportare la modifica o l'abolizione delle riduzioni, con effetto dalla fine del periodo d'assicurazione in corso.
6. Il diritto alla riduzione si estingue, in ogni caso, se la persona assicurata esce dalla cerchia delle persone assicurate o se il contratto quadro viene sciolto.
7. In caso di riduzione o di abolizione della riduzione, la persona contraente ha il diritto di disdire il contratto in questione entro 30 giorni dal ricevimento della polizza o della notifica dell'adeguamento, con effetto dalla fine del periodo di assicurazione in corso.

Art. 41 Giurisdizione e foro competente

1. Salvo disposizioni particolari contrarie, gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti sul territorio svizzero e in franchi svizzeri.
2. In caso di litigio, la persona contraente o la persona avente diritto può scegliere sia i tribunali del suo domicilio in Svizzera, sia quelli della sede dell'assicuratore. Rimangono tuttavia riservate le convenzioni internazionali.

Art. 42 Protezione dei dati

Dati personali e sensibili

Il Groupe Mutuel Services SA tratta i dati personali e sensibili della persona contraente, della persona assicurata e, se del caso, delle persone aventi diritto o delle persone vincolate (qui di seguito: le persone interessate) per conto del Groupe Mutuel Vita GMV SA, l'assicuratore. Il trattamento dei dati è delegato al Groupe Mutuel Services SA (qui di seguito: Groupe Mutuel), una società del Groupe Mutuel Holding SA. Queste due società sono soggette alla Legge federale sulla protezione dei dati (LPD). Con l'espressione «dati personali» si intendono in particolare le informazioni relative alle persone interessate, che includono le informazioni relative alla gestione del contratto d'assicurazione. Con l'espressione «dati sensibili» si intendono in particolare le informazioni relative allo stato di salute delle persone assicurate e ai sinistri. Sono soprattutto trattate le seguenti categorie di dati personali e sensibili: i dati personali dichiarativi delle persone interessate, vale a dire quei dati che il Groupe Mutuel può raccogliere dalle persone interessate in caso di interesse manifesto e/o in caso di sottoscrizione di prodotti e servizi che fornisce o distribuisce; i dati relativi alle prestazioni fornite o al funzionamento di prodotti e servizi o al loro utilizzo, in particolare quando si utilizzano i servizi online; i dati provenienti da terzi, da altri servizi o da informazioni pubbliche quando ciò è autorizzato.

Base giuridica

Il Groupe Mutuel tratta i dati personali e sensibili delle perso-

ne interessate e implementa il trattamento dei dati secondo le seguenti basi giuridiche: il consenso delle persone interessate, rispettivamente l'esplicito consenso per i dati sensibili; le disposizioni di legge applicabili alle attività del Groupe Mutuel (in particolare la LPD); il contratto stipulato tra il Groupe Mutuel e le persone interessate; l'interesse pubblico preponderante o l'interesse privato preponderante (ai sensi della LPD) del Groupe Mutuel o delle persone interessate.

Finalità

I dati personali e sensibili sono utilizzati in particolare per valutare i rischi da assicurare, trattare i sinistri, garantire il monitoraggio amministrativo, statistico e finanziario del contratto, consentire la gestione delle sue attività (statistiche, audit interno ed esterno ecc.) e il rispetto dei suoi obblighi legali, il miglioramento e lo sviluppo dei servizi forniti, l'ottimizzazione e l'economia dei costi assicurativi, l'esecuzione di operazioni di prospezione e di marketing, la gestione dei debiti e dei contenziosi, la lotta contro la frode, il riciclaggio di denaro, il finanziamento del terrorismo e l'evasione fiscale. A tal fine, questi dati potranno essere comunicati, condivisi e scambiati tra il Groupe Mutuel e terzi (vedere sotto). Per quanto concerne i dati utilizzati a fini statistici, questi sono resi anonimi.

Sicurezza

Nell'ambito del trattamento dei dati personali e considerando i rischi presentati dal trattamento, il Groupe Mutuel, i suoi intermediari assicurativi e altri mandatari (per esempio un riassicuratore) si impegnano ad attuare tutte le disposizioni necessarie per conformarsi alla normativa sulla protezione dei dati. Tali disposizioni includono, in particolare, le misure tecniche, fisiche e organizzative necessarie per tutelare la sicurezza dei dati personali e impedirne la modifica, il danneggiamento o l'accesso da parte di terzi non autorizzati.

Trasferimento dei dati

I dati vengono trattati in modo riservato e possono essere comunicati a terzi (per esempio intermediari assicurativi, riassicuratori, medici, aventi diritto, ufficio AI, sicurezza sociale del paese di residenza della persona assicurata), anche all'estero. Tale comunicazione avviene, ad esempio, sulla base di obblighi giuridici, decisioni giudiziarie, condizioni generali di assicurazione o consenso delle persone interessate. Il consenso deve essere dato esplicitamente se si tratta di dati sensibili. Se il trattamento dei dati è oggetto di un contratto di subappalto, outsourcing o collaborazione con terzi, questi ultimi si impegnano, nell'ambito del loro rapporto contrattuale con il Groupe Mutuel, a rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali. Il Groupe Mutuel seleziona i subappaltatori che presentano le necessarie garanzie. I dati affidati agli intermediari assicurativi saranno registrati e trasmessi al Groupe Mutuel per il trattamento delle domande di assicurazione e per il monitoraggio amministrativo e finanziario tra l'intermediario d'assicurazione e il Groupe Mutuel. Quest'ultimo non è responsabile del trattamento dei dati personali che l'interessato può avere autorizzato presso terzi o che è realizzato indipendentemente dal Groupe Mutuel. Spetta alle persone interessate riferirsi alle politiche di protezione dei dati dei terzi per verificare le condizioni del trattamento effettuato o per esercitare i propri diritti rispetto a tale trattamento.

Profilatura

Durante il rapporto contrattuale con il Groupe Mutuel, la persona interessata può essere oggetto di profilatura a scopo di marketing, in modo che l'assicuratore possa proporre servizi

e prodotti che soddisfino le sue aspettative, il suo profilo e le sue esigenze.

Durata di conservazione

I dati personali sono conservati per tutto il tempo necessario per legge, per la gestione del contratto d'assicurazione, per i sinistri, per i diritti di ricorso, per la riscossione e/o per eventuali controversie tra il Groupe Mutuel, la persona assicurata, l'intermediario d'assicurazione o i terzi.

Diritti di accesso e di rettifica

Le persone interessate hanno il diritto di accedere ai loro dati personali, far rettificare tali dati, far cancellare i loro dati nei limiti delle disposizioni di legge applicabili, far limitare il trattamento dei dati, chiedere il trasferimento dei dati, revocare il consenso al trattamento dei dati personali con riserva del trattamento dei dati necessari per l'esecuzione del contratto, rivolgersi all'autorità di vigilanza competente.

Data Protection Officer

Il Groupe Mutuel ha designato un Data Protection Officer (adetto alla protezione dei dati) che può essere contattato al seguente indirizzo:

dataprotection@groupemutuel.ch

Maggiori informazioni sulla protezione dei dati sono disponibili nel sito Internet del Groupe Mutuel: www.groupemutuel.ch.

Art. 43 Protezione dei dati concernenti la consulenza e l'orientamento personalizzati

1. L'assicuratore può raccogliere e utilizzare informazioni demografiche, contrattuali e mediche della persona assicurata dall'inizio del contratto di assicurazione per i seguenti scopi:
 - emettere raccomandazioni sulla prevenzione e sulla promozione della salute;
 - fornire consulenza su tutte le questioni relative alla salute;
 - raccomandare i fornitori di prestazioni adatti a trattare il problema di salute della persona assicurata;
 - fare offerte mirate per prodotti o servizi che soddisfano i criteri di economia.
2. I dati utilizzati per fornire le prestazioni descritte al paragrafo 1 possono essere tratti da tutti gli incarti riguardanti la persona assicurata compilati presso una delle società del Groupe Mutuel Holding SA (compresa l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie).
3. Affinché i dati degli incarti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie possano essere comunicati per uno degli scopi summenzionati, l'assicuratore richiederà in ogni singolo caso il consenso espresso supplementare della persona assicurata.
4. La persona assicurata può ritirare il proprio consenso in qualsiasi momento ai sensi dell'articolo 42 delle presenti condizioni di assicurazione.

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Global

GL

GLGA01-I7 – edizione 01.07.2000

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 Condizioni d'affiliazione

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

Art. 2 Prestazioni assicurate

1. Global

Le prestazioni seguenti sono versate in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure.

1. Ospedalizzazione

1. Classe d'assicurazione

Libera scelta, in reparto comune, di un centro ospedaliero svizzero riconosciuto, in cure generali o psichiatriche, per i malati di tipo acuto.

2. Prestazioni

a. In generale

In caso d'ospedalizzazione, l'assicuratore assume le spese di trattamento e di vitto e alloggio.

b. Ospedalizzazione all'estero

Se l'assicurato si ammala o è vittima di un infortunio all'estero ed è ospedalizzato, l'assicuratore versa, per un massimo di 60 giorni per anno civile, una prestazione massima di Fr. 500.– al giorno. Salvo previa autorizzazione dell'assicuratore, i trattamenti volontari all'estero non sono assunti.

3. Entità e durata delle prestazioni

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

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

b. Se un assicurato è ospedalizzato in una casa di cura con la quale l'assicuratore non ha stipulato accordi tariffari per vitto e alloggio e spese di trattamento (onorari medici compresi), gli saranno concessi Fr. 200.– al giorno, nel limite del reparto comune.

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 i centri ospedalieri con 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.

4. Doveri dell'assicurato

Prima di ogni ospedalizzazione, l'assicurato è tenuto ad informarsi se il centro ospedaliero o la clinica in cui sarà ricoverato fa parte dei centri ospedalieri esclusi dall'assicuratore.

2. Cure complementari

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

1. Medicamenti limitati

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

2. 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 obbligatoria delle cure medico-sanitarie, ad eccezione, tuttavia, dei preparati farmaceutici per applicazioni speciali (LPPA).

3. Medicina dolce

L'assicuratore assume le terapie qui elencate a condizione che siano effettuate da un medico diplomato svizzero o praticante in terapia naturale riconosciuto dall'assicuratore.

L'assicuratore si riserva il diritto di escludere alcuni praticanti in terapia naturale e tiene a disposizione degli assicurati una lista dei praticanti le cui prestazioni sono rimborsate.

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

Lista delle terapie di «medicina dolce»

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, ortobionomia, osteopatia, polarità, riequilibrio energetico, riflessologia, reiki, rolfing, shiatsu, trigger, training autogeno.

Psicoterapia

biodinamica, rebirthing, sofrologia, metodo tomatis:

- qualsiasi cambiamento volontario di terapia o di praticante nel corso del trattamento dovrà essere anticipatamente 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 alle spese di cura di convalescenza, in centri riconosciuti, è accordato, al massimo però per 30 giorni per anno civile. Una richiesta di autorizzazione deve essere sottoposta all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura, allegando la prescrizione medica.

5. Cure termali all'estero

Un contributo alle spese di trattamento di cure termali all'estero, necessaria dal punto di vista medico e previa autorizzazione dall'assicuratore. La domanda di autorizzazione deve essere sottoposta 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 prestatore d'opera.

7. Indennità per spese private in caso d'ospedalizzazione

Dietro 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. Aiuto domiciliare e spese di collocamento

Previo richiesta dell'assicurato sono rimborsate:

- la percentuale delle spese risultanti dall'assunzione di un aiuto domiciliare, necessario dal punto di vista medico, appartenente ad un ente ufficiale, incaricato di svolgere le faccende domestiche e le attività quotidiane al posto dell'assicurato. Tutte le altre spese sono escluse (grandi pulizie, ecc.);
- le spese di collocamento temporaneo dei membri della famiglia che vivono insieme all'assicurato quando quest'ultimo deve, per ragioni mediche, essere ospedalizzato. Il collocamento temporaneo dei membri della famiglia dovrà essere effettuato presso un'istituzione 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.

11. Apparecchi e protesi ortopediche

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 per il rimborso delle spese.

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.

13. Indennità unica d'allattamento

Un'indennità d'allattamento a condizione che la madre allatti il bambino per almeno 30 giorni e che questa 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.

15. Vaccini

Le spese delle vaccinazioni che non sono comprese nelle disposizioni sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure e che sono necessarie in Svizzera, come pure quelle prescritte in caso di partenza 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 cure 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. 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 o da un odontotecnico con diploma federale e che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure. Le spese dentarie sono rimborsate secondo la tariffa ufficiale LAINF (nomenclatura e valore del punto).

20. Spese di trasporto

L'assicuratore versa un contributo per le spese di trasporto, causate da una malattia o da 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.

Questo contributo è versato esclusivamente in caso di trasporto tramite ambulanza, elicottero o per la ricerca e il salvataggio.

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).

4. **Indennità di decesso**

Un'indennità di decesso di Fr. 2'000.– in seguito a malattia o infortunio è versata agli aventi diritto dopo

il decesso dell'assicurato, se quest'ultimo ha almeno tre anni compiuti e al massimo 55 anni compiuti. L'atto di morte o qualsiasi altro documento giudicato necessario deve essere presentato all'assicuratore. L'assicuratore ha il diritto di dedurre dall'indennità di decesso accordata agli aventi diritto gli eventuali importi dovuti dal defunto (premi, partecipazioni, ecc.). Il diritto all'indennità di decesso si estingue, senza ulteriore avviso, dopo un termine di due anni a partire dal giorno del decesso, se l'atto di morte non è presentato all'assicuratore.

2. Global junior

Prestazioni supplementari

a. Custodia di bambini malati a domicilio

In deroga all'art. 1 cpv. 2, questa prestazione è concessa fino all'età di dodici anni compiuti. Prestazioni versate 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

Dietro 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'istituzione riconosciuta dall'assicuratore.

Una domanda deve essere prima presentata 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 offrono 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 versa, temporaneamente, delle prestazioni Global alle persone assicurate con una copertura simile presso un altro assicuratore.
- b. Le prestazioni Global temporis concernono le cure complementari descritte ai punti 2.1.2, 2.1.3, 2.2, 2.3; non concernono quelle dei punti 2.1.1 (ospedalizzazione) e 2.1.4 (indennità di decesso).
- c. Per le cure complementari assunte, le prestazioni di Global temporis corrispondono al 30% di quelle offerte da Global.
- d. Il pagamento delle prestazioni di Global temporis interviene in complemento alle prestazioni offerte 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, senza un nuovo questionario sullo stato di salute. Questa deve avvenire al massimo entro tre 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.
- h. Al trasferimento dalla copertura Global temporis a quella di Global e al conseguente adattamento del premio non si applica l'articolo 30 cpv. 1 CGC per le assicurazioni malattia e infortunio complementari sul diritto di disdetta dell'assicurato.
- i. Le prestazioni pagate nell'ambito di Global temporis, i cui limiti sono legati ad un periodo determinato, contano anche per il calcolo del diritto alle prestazioni dopo il passaggio alla copertura Global.

Art. 3 Entità delle prestazioni

Le prestazioni menzionate all'articolo 2 sono versate nei limiti e fino a concorrenza degli importi che figurano nella «Tabella delle prestazioni Global».

Art. 4 Diritto alle prestazioni

1. L'assicurato ha diritto alle prestazioni dall'entrata in vigore del contratto d'assicurazione.
2. Per le prestazioni legate alla gravidanza e al parto, il diritto alle prestazioni ha inizio dopo 12 mesi di assicurazione. Il periodo trascorso nella Global temporis non è conteggiato come durata di assicurazione.
3. 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 sull'anno seguente.
4. Nei limiti previsti dalle presenti condizioni d'assicurazione, l'assicuratore rimborsa le spese non assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure se le prestazioni sono dispensate da un medico o da una persona debitamente autorizzata e riconosciuta dall'assicuratore. L'assicurazione regolata dalle presenti disposizioni non può in alcun caso servire alla copertura di partecipazioni e franchigie legali dell'assicurazione obbligatoria delle cure e delle assicurazioni complementari.

Art. 5 Franchigie

Gli assicurati hanno le seguenti possibilità di scelta:

- senza franchigia
- una franchigia di Fr. 150.– per anno civile

Per la durata di Global temporis l'assicurazione è stipulata esclusivamente senza franchigia.

Art. 6 Vantaggi «LeClub»

Attraverso la sua adesione all'assicurazione Global, l'assicurato beneficia dei vantaggi «LeClub», che sono precisamente:

1. Riduzioni negli hotel
Delle riduzioni sono accordate negli hotel che figurano su una lista stilata dall'assicuratore.
2. Riduzioni drogherie e farmacie o altri esercizi
Delle riduzioni sono accordate nelle drogherie e farmacie o altri esercizi riportati su una lista stilata dall'assicuratore.

Art. 7 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 seguente. Le classi d'età determinanti sono le seguenti:

- da 0 a 18 anni
- da 19 a 25 anni
- dal 26° anno, le classi d'età sono scaglionate in gruppi di 5 anni.

Tabella delle prestazioni Global

Tipi di prestazioni

	Global 1
Medicamenti limitati	70% max. Fr. 800.-/anno civile
Medicamenti fuori lista	70% max. Fr. 800.-/anno civile
Medicina dolce	max. Fr. 70.-/seduta, fino a Fr. 2'000.-/anno civile
Cure termali in Svizzera	60% max. Fr. 300.-/anno civile
Cure di convalescenza	Fr. 20.-/giorno, max. 30 giorni/anno civile
Cure di convalescenza in seguito ad ospedalizzazione	Fr. 40.-/giorno, max. 30 giorni/anno civile
Cure termali all'estero	nessuna prestazione
Supplementi tariffari	nessuna prestazione
Indennità per spese private in caso di ospedalizzazione	Fr. 100.-/caso
Spese di accompagnamento in un centro ospedaliero	Fr. 500.-/anno civile
Aiuto domiciliare e spese collocamento	70% max. Fr. 1'500.-/anno civile
Occhiali e lenti a contatto	Fr. 100.-/3 anni
Apparecchi e protesi ortopediche	70% max. Fr. 300.-/anno civile
Corsi di preparazione al parto	Fr. 150.-/gravidenza
Indennità unica d'allattamento	Fr. 100.-/bambino
Ecografie e mammografie	90%, numero illimitato di esami
Vaccini	70% max. Fr. 150.-/anno civile
Test Elisa o HIV	Fr. 50.-/anno civile
Sterilizzazione volontaria	60% max. Fr. 300.-
Trattamenti dentari in caso d'infortunio	60% max. Fr. 4'000.-/caso
Cure dentarie per malattia	60% max. Fr. 100.-/3 anni
Spese di trasporto	60% max. Fr. 1'000.-/anno civile
Psicoterapeuti non medici e psicologi indipendenti	60% max. Fr. 600.-/anno civile
Ospedalizzazione in Svizzera	Reparto comune in tutta la Svizzera
Ospedalizzazione all'estero	Fr. 500.-/giorno
Indennità al decesso	Fr. 2'000.- decesso per malattia o infortunio
Groupe Mutuel Assistance	

Global junior (0-18 anni)

Custodia di bambini a domicilio	Fr. 200.-/anno civile
Contributo attività sportiva	Fr. 30.-/anno civile

Global senior (a partire da 56 anni)

Cure palliative	90% max. Fr. 2'000.-/anno civile
Soggiorni di benessere	Fr. 300.-/anno civile
Consigli e corsi di dietetica	50% max. Fr. 150.-/anno civile

Global 2	Global 3	Global 4
90% max. Fr. 800.–/anno civile	90%, prescrizioni illimitate	90%, prescrizioni illimitate
90% max. Fr. 800.–/anno civile	90%, prescrizioni illimitate	90%, prescrizioni illimitate
max. Fr. 70.–/seduta, fino a Fr. 2'000.–/anno civile	max. Fr. 70.–/seduta, fino a Fr. 3'000.–/anno civile	max. Fr. 70.–/seduta, fino a Fr. 6'000.–/anno civile
60% max. Fr. 300.–/anno civile	80% max. Fr. 500.–/anno civile	80% max. Fr. 750.–/anno civile
Fr. 20.–/giorno, max. 30 giorni/anno civile	Fr. 25.–/giorno, max. 30 giorni/anno civile	Fr. 25.–/giorno, max. 30 giorni/anno civile
Fr. 40.–/giorno, max. 30 giorni/anno civile	Fr. 50.–/giorno, max. 30 giorni/anno civile	Fr. 50.–/giorno, max. 30 giorni/anno civile
nessuna prestazione	50% max. Fr. 500.–/anno civile	80% max. Fr. 1'000.–/anno civile
Fr. 600.–/anno civile	Fr. 800.–/anno civile	Fr. 1'000.–/anno civile
Fr. 100.–/caso	Fr. 200.–/caso	Fr. 200.–/caso
Fr. 500.–/anno civile	Fr. 600.–/anno civile	Fr. 700.–/anno civile
90% max. Fr. 1'500.–/anno civile	90% max. Fr. 2'500.–/anno civile	90% max. Fr. 3'000.–/anno civile
Fr. 100.–/3 anni	Fr. 150.–/3 anni	Fr. 200.–/3 anni
90% max. Fr. 300.–/anno civile	90% max. Fr. 1'000.–/anno civile	90% max. Fr. 1'000.–/anno civile
Fr. 150.–/gravidanza	Fr. 150.–/gravidanza	Fr. 150.–/gravidanza
Fr. 100.–/bambino	Fr. 100.–/bambino	Fr. 100.–/bambino
90%, numero illimitato di esami	90%, numero illimitato di esami	90%, numero illimitato di esami
90% max. Fr. 150.–/anno civile	90% max. Fr. 200.–/anno civile	90% max. Fr. 250.–/anno civile
Fr. 50.–/anno civile	Fr. 50.–/anno civile	Fr. 50.–/anno civile
80% max. Fr. 300.–	80% max. Fr. 400.–	80% max. Fr. 500.–
80% max. Fr. 4'000.–/caso	80% max. Fr. 6'000.–/caso	80% max. Fr. 8'000.–/caso
80% max. Fr. 100.–/3 anni	80% max. Fr. 150.–/3 anni	80% max. Fr. 200.–/3 anni
80% max. Fr. 1'000.–/anno civile	80% max. Fr. 2'500.–/anno civile	80% max. Fr. 5'000.–/anno civile
70% max. Fr. 600.–/anno civile	80% Fr. 700.–/anno civile	80% max. Fr. 800.–/anno civile
Reparto comune in tutta la Svizzera	Reparto comune in tutta la Svizzera	Reparto comune in tutta la Svizzera
Fr. 500.–/giorno	Fr. 500.–/giorno	Fr. 500.–/giorno
Fr. 2'000.– decesso per malattia o infortunio	Fr. 2'000.– decesso per malattia o infortunio	Fr. 2'000.– decesso per malattia o infortunio
Assistenza, sostegno e rimpatrio in caso di urgenza medica in viaggio e all'estero		
Fr. 250.–/anno civile	Fr. 300.–/anno civile	Fr. 300.–/anno civile
Fr. 30.–/anno civile	Fr. 30.–/anno civile	Fr. 30.–/anno civile
90% max. Fr. 2'500.–/anno civile	90% max. Fr. 3'000.–/anno civile	90% max. Fr. 3'000.–/anno civile
Fr. 300.–/anno civile	Fr. 300.–/anno civile	Fr. 300.–/anno civile
50% max. Fr. 200.–/anno civile	50% max. Fr. 250.–/anno civile	50% max. Fr. 250.–/anno civile

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Global classic

GIGA02-I8 – edizione 01.11.2008

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 Scopo dell'assicurazione

Lo scopo di quest'assicurazione è di fornire agli assicurati prestazioni specifiche in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure secondo la LAMal.

Art. 2 Condizioni d'ammissione

Qualsiasi persona può sottoscrivere l'assicurazione, senza limiti d'età.

Art. 3 Rischi coperti

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

Art. 4 Prestazioni assicurate «modulo di base»

1. Ospedalizzazione in Svizzera

1. Classe d'assicurazione

In caso di degenza ospedaliera (superiore a 24 ore) in

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

l'assicurato è libero di scegliere il centro desiderato, nel reparto comune, in Svizzera.

2. Centri ospedalieri

Per beneficiare delle prestazioni indicate al punto 1.1, i centri devono essere riconosciuti ai sensi della legge sull'assicurazione malattie LAMal (ospedali con mandato di prestazioni cantonale) o aver firmato una convenzione tariffaria con il Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA.

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

Le prestazioni sono assunte con riserva delle seguenti disposizioni:

- l'assicuratore assume i costi dei trattamenti riconosciuti dalla LAMal, le spese di soggiorno in ospedale e gli onorari dei medici, in base alla convenzione firmata con l'assicuratore o alla regolamentazione tariffaria cantonale;
- le prestazioni ospedaliere sono limitate alla fase acuta della malattia. Quando la malattia non è più considerata di tipo acuto, in particolare durante il trattamento di affezioni stabilizzate o croniche, o se la degenza ospedaliera non serve a migliorare lo stato di salute dell'assicurato, il diritto alle prestazioni si estingue.

4. In caso di degenza per cure psichiatriche

Il diritto alle prestazioni è limitato a 90 giorni per anno civile.

5. Trapianto di organi

Nell'ambito della presente assicurazione, non esiste alcuna copertura per i trapianti di organi per i quali la Federazione svizzera per compiti comuni degli assicuratori malattia a Soletta (SVK) ha convenuto dei forfait per ogni caso (perché queste spese sono coperte dall'AOCMS). Questa regola vale anche per gli enti ospe-

dalieri per i quali non è stato convenuto alcun forfait.

6. Diritti e doveri dell'assicurato in caso d'ospedalizzazione

L'assicurato è tenuto ad informarsi se il centro o la clinica in cui si farà curare fa parte dei centri riconosciuti dall'assicuratore.

2. Prestazioni complementari

1. Medicinali limitati o fuori lista

Assunzione del 90% delle spese per medicinali limitati e fuori lista (che non figurano su alcun elenco ufficiale) che non sono rimborsati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie AOCMS, ad eccezione dei preparati farmaceutici per applicazione speciale (LPPA – elenco disponibile all'indirizzo www.lppa.ch).

2. Cure termali in Svizzera

Rimborso di Fr. 80.– al giorno, massimo Fr. 800.– l'anno, per le spese di trattamento e di pensione per le cure termali nei centri riconosciuti dall'assicuratore, secondo la lista dei centri di cure balneari riconosciuti dall'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure (OPre).

Le prestazioni sono erogate se sono necessarie dal punto di vista medico e se sono prescritte da un medico. Una richiesta d'autorizzazione deve essere inviata all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura, insieme alla prescrizione medica.

3. Cure di convalescenza a seguito di un'ospedalizzazione

Rimborso di Fr. 50.– al giorno per le spese di trattamento e di pensione per le cure di convalescenza nei centri riconosciuti dall'assicuratore, a condizione che la cura sia prescritta a seguito di un'ospedalizzazione.

Le prestazioni sono erogate se sono necessarie dal punto di vista medico e se sono prescritte da un medico. Una richiesta d'autorizzazione deve essere inviata all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura, insieme alla prescrizione medica.

L'indennizzo è limitato a 30 giorni per anno civile al massimo.

4. Spese d'accompagnamento in ambito ospedaliero

Se l'assicurato è ospedalizzato, l'assicuratore assume le spese d'occupazione di un letto d'ospedale da parte di un membro della famiglia, a condizione che ciò sia giustificato per ragioni mediche.

L'indennizzo è limitato a Fr. 600.– per anno civile al massimo. Questa garanzia include anche le spese di cura del neonato in buona salute, se la madre è di nuovo ospedalizzata entro 10 settimane dalla nascita.

5. Aiuto domiciliare e spese di collocamento

Rimborso di Fr. 80.– al giorno per le spese derivanti dall'assunzione, necessaria per ragioni mediche, di un'assistenza a domicilio appartenente a un servizio ufficiale per occuparsi dei lavori domestici quotidiani al posto dell'assicurato. Tutte le altre spese sono escluse (grandi pulizie, ecc.).

Rimborso di Fr. 80.– al giorno per spese di collocamento temporaneo dei membri della famiglia che vivono insieme all'assicurato quando questo, per ragioni mediche, deve essere ospedalizzato. Il collocamento

temporaneo dei membri della famiglia dovrà essere effettuato presso un istituto ufficiale.

L'indennizzo globale per le due prestazioni sopra specificate ammonta a Fr. 800.– per anno civile al massimo.

6. Occhiali e lenti a contatto

Assunzione del costo d'acquisto, in Svizzera o all'estero, di occhiali da vista o di lenti a contatto non rimborsati dall'AOCMS. L'indennizzo ammonta a Fr. 150.– al massimo.

Il diritto all'indennizzo può essere rivendicato ogni anno civile fino all'età di 18 anni compiuti e, poi, ogni tre anni dopo il 19° anno d'età.

7. Mezzi ausiliari

Assunzione del 90% delle spese di noleggio e di acquisto di apparecchi ortopedici e di mezzi ausiliari (protesi dentarie escluse) prescritti da un medico e necessari per svolgere le attività quotidiane ordinarie, in base all'elenco emesso dall'assicuratore.

L'indennizzo ammonta a Fr. 1'000.– per anno civile al massimo.

8. Sterilizzazione volontaria

Assunzione del 90% dei costi dell'intervento effettuato presso un fornitore di cure riconosciuto.

9. Correzione delle orecchie (chirurgia estetica)

Per i bambini fino all'età di 18 anni compiuti, assunzione del 90% delle spese per correggere la deformazione congenita delle orecchie (orecchie a sventola). Tale prestazione è rimborsata a condizione che sia raccomandata per ragioni mediche per evitare o risolvere eventuali traumi psicologici dell'assicurato.

10. Psicoterapeuti non medici e psicologi indipendenti

Rimborso di Fr. 40.– per ogni seduta per i costi derivanti da trattamenti medici prescritti ed effettuati da psicoterapeuti non medici e da psicologi indipendenti.

L'indennizzo ammonta a Fr. 800.– per anno civile al massimo.

11. Spese di trasporto

Le spese di trasporto a seguito di malattia o d'infortunio coperta/o, fino al centro ospedaliero o al medico più vicino, a condizione che sia necessario per ragioni mediche e che non sia già rimborsato dall'assicurazione obbligatoria delle cure.

Questo contributo è accordato solo in caso di trasporto in ambulanza o in elicottero.

Sono anche coperti i costi dei mezzi pubblici (treno, autobus) utilizzati per effettuare un trattamento ambulatoriale il cui scopo è di evitare un'ospedalizzazione.

L'indennizzo ammonta a Fr. 5'000.– per anno civile al massimo.

12. Operazioni di ricerca e salvataggio

Un contributo alle spese di ricerca e salvataggio non programmati necessari per salvare la vita dell'assicurato in situazione d'evidente pericolo o per evitare che il suo stato peggiori rapidamente e gravemente.

L'indennizzo ammonta a Fr. 50'000.– per anno civile al massimo.

13. Vaccinazioni

Assunzione del 90% dei costi per le vaccinazioni che non figurano nell'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione delle cure (OPre) e sono necessarie in Svizzera, nonché per quelle raccomandate dall'Ufficio federale della sanità per i viaggi all'estero.

L'indennizzo ammonta a Fr. 150.– per anno civile al massimo.

14. Test preventivi (Elisa o HIV)

Rimborso fino a Fr. 50.– per anno civile delle spese per test prescritti ed effettuati da fornitori di cure riconosciuti.

sciuti.

15. Check-up

Assunzione del 90% dei costi del check-up effettuato da un medico riconosciuto dall'assicuratore, ma al massimo un check-up ogni tre anni.

16. Esami ginecologici preventivi

Assunzione del 90% dei costi per esami ginecologici preventivi non rimborsati dall'assicurazione obbligatoria delle cure.

17. Ecografie e mammografie

Assunzione del 90% dei costi per le ecografie e mammografie non rimborsate dall'assicurazione obbligatoria delle cure o da programmi cantonali di prevenzione.

18. Indennità unica d'allattamento

Un'indennità d'allattamento di Fr. 100.– è versata a condizione che la madre allatti il neonato per almeno 30 giorni e che tale durata sia confermata dal medico o dall'ostetrica. In caso di parto multiplo, l'indennità è versata per ogni bambino.

19. Groupe Mutuel Assistance

Le prestazioni previste dalle condizioni d'intervento del Groupe Mutuel Assistance, categoria ASS (rimpatrio e trasporto), quando il sinistro avviene oltre un raggio di 20 chilometri dal domicilio dell'assicurato, in Svizzera e all'estero.

Art. 5 Prestazioni assicurate – opzione «plus»

Oltre alle prestazioni specificate nell'articolo 4 delle presenti condizioni particolari, l'assicurato può, con un supplemento di premio, richiedere la sottoscrizione dell'opzione «plus» e beneficiare delle seguenti prestazioni:

1. Medicine alternative

È accordato un contributo dell'80% alle spese per le terapie sottostanti, a condizione che esse siano effettuate da un medico diplomato in Svizzera o da uno specialista di terapie naturali riconosciuto dall'assicuratore (compresa una partecipazione ai costi dei medicinali relativi alle medicine dolci prescritti da tali fornitori di cure e riconosciuti da Swissmedic in virtù della Legge sugli agenti terapeutici (LATer).

L'assicuratore si riserva il diritto di escludere alcuni specialisti di terapie naturali. Prima di ogni trattamento, l'assicurato è tenuto ad informarsi se il terapeuta presso cui si farà curare fa parte dei terapeuti riconosciuti dall'assicuratore.

Elenco delle terapie «medicine alternative»:

Naturopatia

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

Tecniche di massaggio

agopressione, 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, tomatis (metodo).

Qualsiasi cambiamento volontario di terapia o di fornitore nel corso del trattamento deve essere prima approvato dall'assicuratore.

L'indennizzo ammonta a Fr. 10'000.– per anno civile. Una franchigia annua di Fr. 300.– è percepita per le prestazioni sopra indicate (pt. 5.1) dal 1° gennaio successivo all'anno in cui l'assicurato compie 18 anni.

2. Promozione della salute

Assunzione del 50% delle spese per misure volte a promuovere la salute nei seguenti campi:

- palestra
- ginnastica correttiva per la schiena
- cure di disintossicazione dal tabacco o dall'alcol

Tali misure devono essere effettuate presso un fornitore di cure riconosciuto dall'assicuratore.

La partecipazione per gli abbonamenti in palestra ammonta a Fr. 200.– al massimo. Se nel corso dello stesso anno civile sono prese diverse misure volte a promuovere la salute, la prestazione massima totale è di Fr. 500.–.

3. Consigli di nutrizione

Rimborso di Fr. 50.– per seduta per consigli di nutrizione prodigati da fornitori riconosciuti dall'assicuratore, ma al massimo tre consulenze durante tre anni.

4. Consultazione per un 2° parere medico

Assunzione del 90% delle spese derivanti da un secondo parere medico prima di un'ospedalizzazione, fornito da un medico riconosciuto dall'assicuratore. L'indicazione «second opinion» o «secondo parere medico» deve figurare sugli onorari.

Art. 6 Estensione delle prestazioni

Le prestazioni specificate negli articoli 4 e 5 sono accordate nei limiti e fino a concorrenza degli importi che figurano nell'appendice del regolamento che fa parte integrante delle presenti condizioni particolari.

Art. 7 Diritto alle prestazioni

1. L'assicurato ha diritto alle prestazioni dall'entrata in vigore del contratto d'assicurazione.
2. Per le prestazioni legate alla gravidanza e al parto, il diritto alle prestazioni ha inizio dopo 12 mesi di assicurazione.
3. Le prestazioni indicate all'articolo 5 delle presenti condizioni particolari (prestazioni assicurate opzione «plus») sono coperte a condizione che ciò figuri espressamente nella polizza d'assicurazione.
4. Le prestazioni sono imputate in funzione delle date di trattamento sugli importi assicurati per anno civile. Le spese successive all'estinzione dei diritti (prestazioni con limite di durata o di importi) non possono essere riportate sull'anno successivo.
5. Nei limiti previsti dalle presenti condizioni d'assicurazione, l'assicurazione rimborsa le spese non assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure se le prestazioni sono fornite da un medico o da una persona debitamente autorizzata e riconosciuta dall'assicuratore. L'assicurazione regolata dalle presenti disposizioni non può assolutamente essere utilizzata per coprire l'aliquota e la franchigia legali dell'assicurazione obbligatoria delle cure e delle assicurazioni complementari.

Art. 8 Premi

L'assicurato che durante l'anno raggiunge il livello massimo della propria classe d'età è automaticamente trasferito nella classe superiore all'inizio dell'anno civile successivo. Le classi d'età determinanti sono:

- da 0 a 18 anni,
- da 19 a 25 anni,
- dai 26 anni e fino ai 71 anni, le classi d'età sono suddivise in fasce di 5 anni.

Art. 9 Bonus famiglia – modulo di base

Un bonus famiglia è accordato sul premio dei bambini fino a 18 anni (modulo di base) se almeno uno dei genitori e il bambino stesso hanno sottoscritto:

- l'assicurazione complementare Global classic e
- l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presso un assicuratore malattia affiliato al Groupe Mutuel o da lui amministrato.

L'ammontare del bonus famiglia è indicato sulla polizza d'assicurazione.

Art. 10 Doveri dell'assicurato

- L'assicurato è tenuto ad informarsi, prima di qualsiasi ospedalizzazione, se il centro, il reparto o la clinica presso cui si farà curare fa parte dei centri riconosciuti dall'assicuratore.
- Prima di ogni trattamento, l'assicurato è tenuto ad informarsi se il terapeuta presso cui si farà curare fa parte dei professionisti riconosciuti.

Appendice

Prestazioni assicurate – modulo di base

Ospedalizzazione in Svizzera	Reparto comune ovunque in Svizzera
Medicamenti limitati e fuori lista	90%, prescrizioni illimitate
Cure termali in Svizzera	Max. Fr. 80.–/giorno, max. Fr. 800.–/anno civile
Cure di convalescenza in seguito a un'ospedalizzazione	Max. Fr. 50.–/giorno, max. 30 giorni/anno
Spese d'accompagnamento in ambito ospedaliero	Max. Fr. 600.–/anno civile
Aiuto domiciliare e spese di collocamento	Max. Fr. 80.–/giorno, max. Fr. 800.–/anno
Occhiali e lenti a contatto	Fr. 150.– ogni 3 anni (per anno civile per i bambini fino a 18 anni)
Mezzi ausiliari	90%, max. Fr. 1'000.–/anno civile
Sterilizzazione volontaria	90%, illimitato
Correzione delle orecchie	90%, illimitato
Psicoterapeuti non medici e psicologi indipendenti	Fr. 40.– a seduta, max. Fr. 800.–/anno
Spese di trasporto	max. Fr. 5'000.–/anno civile
Operazioni di ricerca e salvataggio	max. Fr. 50'000.–/anno civile
Vaccinazioni	90%, max. Fr. 150.–/anno civile
Test preventivi	Fr. 50.–/anno civile
Check-up	90%, ogni 3 anni
Esami ginecologici preventivi	90%, numero di esami illimitato
Ecografie e mammografie	90%, numero di esami illimitato
Indennità unica d'allattamento	Fr. 100.– a bambino
Assistenza in caso d'urgenza in Svizzera e all'estero	Groupe Mutuel Assistance

Prestazioni assicurate – opzione «plus»

Medicine alternative *	80%, max. Fr. 10'000.–/anno civile
Promozione Salute: palestra, ginnastica correttiva per la schiena, prestazioni per cura di disintossicazione dal tabacco e dall'alcol	50%, max. Fr. 500.–/anno civile (palestra 50%, max. Fr. 200.–/anno civile)
Consigli di nutrizione	Fr. 50.– max. a seduta (max. 3 consulenze durante 3 anni)
Secondo parere medico	90%, illimitato

* soggetto a franchigia annua di Fr. 300.– dai 19 anni

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Global mi-privée

GMGA01-I8 – edizione 01.07.2000

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 Condizioni di affiliazione

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

Art. 2 Prestazioni assicurate

1. Global mi-privée

Le prestazioni seguenti sono versate in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure:

1. Ospedalizzazione

1. 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.
2. Franchigie in caso d'ospedalizzazione
 - a. senza franchigia
 - b. Fr. 1'000.– per anno civile;
 - c. Fr. 3'000.– per anno civile;La franchigia scelta si applica soltanto alle prestazioni legate all'ospedalizzazione.
3. Prestazioni
 - a. In generale
In caso d'ospedalizzazione, l'assicuratore assume le spese di trattamento e di vitto e alloggio.
 - b. Ospedalizzazione nel reparto privato
Se un assicurato è ricoverato in un reparto superiore alla sua classe assicurativa, sono versate 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 versa, per un massimo di 60 giorni per anno civile, una prestazione massima di Fr. 1'000.– al giorno.
Salvo previa autorizzazione dell'assicuratore, i trattamenti volontari all'estero non sono assunti.

4. Maternità

- a. Le prestazioni dell'assicurazione d'ospedalizzazione in caso di maternità e di parto sono versate dopo 12 mesi di assicurazione. Il periodo trascorso nella Global temporis non è conteggiato come durata di assicurazione.
- b. In caso d'interruzione di gravidanza e per qual-

siasi altra prestazione in relazione con la maternità, è applicabile il termine d'attesa previsto alla lettera a.

- c. Per un parto che comporta una degenza ospedaliera inferiore a cinque giorni nel reparto semiprivato, l'assicuratore versa un importo di Fr. 250.– per ogni giorno d'ospedalizzazione evitato. L'importo di cui sopra non viene versato in caso di degenze ospedaliere alle quali è applicata una fatturazione forfettaria globale. È riservata la lettera a.
 - d. In caso di parto ambulatoriale o a domicilio, l'assicurata riceve un importo di Fr. 800.–, con riserva della lettera a.
 - e. 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. Entità e durata delle prestazioni
- Le prestazioni dell'assicurazione d'ospedalizzazione sono assunte con riserva delle disposizioni seguenti:
- a. L'assicuratore assume i costi di trattamenti riconosciuti dalla LAMal, le spese di vitto e alloggio in ospedale e gli onorari medici, secondo la convenzione o la regolamentazione tariffaria cantonale o un'altra convenzione stipulata con l'assicuratore.
 - b. Se un assicurato è ospedalizzato in un centro ospedaliero con il quale l'assicuratore non ha stipulato accordi tariffari per vitto e alloggio e spese di trattamento (onorari medici compresi), gli saranno concessi, nel limite del reparto semiprivato, Fr. 400.– al giorno.
 - 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 i centri 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 il centro ospedaliero o la clinica in cui sarà ricoverato fa parte dei centri ospedalieri riconosciuti dall'assicuratore.

7. Misure di risparmio

- Quando un assicurato rinuncia di sua spontanea volontà o su proposta dell'assicuratore ad una degenza nel reparto semiprivato, per il reparto comune o comfort, l'assicuratore può versare un'indennità fino al 50% delle spese risparmiate e stimate da quest'ultimo, ma al massimo Fr. 1'500.– per 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. Medicamenti limitati

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

2. 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 obbligatoria delle cure medico-sanitarie, ad eccezione, tuttavia, dei preparati farmaceutici per applicazioni speciali (LPPA).

3. Medicina dolce

L'assicuratore assume le terapie qui elencate a condizione che siano effettuate da un medico diplomato svizzero o praticante in terapia naturale riconosciuto dall'assicuratore.

L'assicuratore si riserva il diritto di escludere alcuni praticanti in terapia naturale e tiene a disposizione degli assicurati una lista dei praticanti le cui prestazioni sono rimborsate.

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

Lista delle terapie di «medicina dolce»

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, chinesologia, massaggi, medicina antroposofica, mesoterapia, ortobionomia, osteopatia, polarità, riequilibrio energetico, riflessologia, reiki, rolfing, shiatsu, tra-ger, training autogeno.

Psicoterapia

biodinamica, rebirthing, sofrologia, metodo tomatis:

- qualsiasi cambiamento volontario di terapia o di praticante nel corso del trattamento dovrà essere anticipatamente approvato dall'assicuratore;
- le prestazioni relative alla sofrologia sono rim-

borsate 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 alle spese di cura di convalescenza, in centri riconosciuti, è accordato, al massimo però per 30 giorni per anno civile. Una richiesta di autorizzazione deve essere sottoposta 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 di cure termali all'estero, necessarie dal punto di vista medico, previa autorizzazione dell'assicuratore. La domanda di autorizzazione deve essere sottoposta 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

Dietro 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. Aiuto domiciliare e spese di collocamento

Previo richiesta dell'assicurato sono rimborsate:

- la percentuale delle spese risultanti dall'assunzione di un aiuto domiciliare, necessario dal punto di vista medico, appartenente ad un ente ufficiale, incaricato di svolgere le faccende domestiche e le attività quotidiane al posto dell'assicurato. Tutte le altre spese sono escluse (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'istituzione 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.

11. Apparecchi e protesi ortopediche

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 per il rimborso delle spese.

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.

13. Indennità unica d'allattamento

Un'indennità d'allattamento a condizione che la

madre allatti il bambino per almeno 30 giorni e che questa 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.

15. Vaccini

Le spese delle vaccinazioni che non sono incluse nelle disposizioni sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure e che sono necessarie in Svizzera, come pure quelle prescritte in caso di partenza 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. 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. Le spese dentarie sono rimborsate secondo la tariffa ufficiale LAINF (nomenclatura e valore del punto).

20. Spese di trasporto

L'assicuratore versa un contributo per le spese di trasporto, causate da una malattia o da 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. Questo contributo è versato esclusivamente in caso di trasporto tramite ambulanza, elicottero o per ricerca e salvataggio.

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 versate 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

Dietro presentazione di una fattura giustificativa, assun-

zione di una partecipazione alla quota di membro attivo di un club sportivo o di un'associazione riconosciuto/a dall'assicuratore.

3. Global senior

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'istituzione riconosciuta dall'assicuratore.

Una domanda deve essere prima presentata 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 offrono 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 versa, 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 ai 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 interviene in complemento alle prestazioni offerte 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 trasferimento dalla copertura Global temporis a quella di Global mi-privée e al conseguente adattamento del premio, non è applicabile la disposizione dell'art. 29 cpv. 1 CGC per le assicurazioni malattia e infortunio complementari sul diritto di disdetta dell'assicurato.

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

Art. 3 Entità delle prestazioni

Le prestazioni menzionate nell'art. 2 sono versate 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 sull'anno seguente.

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

Art. 5 Vantaggi «LeClub»

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

1. Riduzioni negli hotel
Delle riduzioni sono accordate negli hotel che figurano su una lista stilata dall'assicuratore.
2. Riduzioni drogherie e farmacie o altri esercizi
Delle riduzioni sono accordate nelle drogherie e farmacie o altri esercizi 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 seguente. Le classi d'età determinanti sono le seguenti:

- da 0 a 18 anni
- da 19 a 25 anni
- dal 26° anno, le classi d'età sono scaglionate in gruppi di 5 anni.

Tabella delle prestazioni Global mi-privée

Tipi di prestazioni	Global mi-privée
Medicamenti limitati	90%, prescrizioni illimitate
Medicamenti fuori lista	90%, prescrizioni illimitate
Medicina dolce	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 tariffari	Fr. 1'000.–/anno civile
Indennità per spese private in caso di ospedalizzazione	Fr. 200.–/caso
Spese di accompagnamento in un centro ospedaliero	Fr. 700.–/anno civile
Aiuto domiciliare e spese di collocamento	90% max. Fr. 3'000.–/anno civile
Occhiali e lenti a contatto	Fr. 200.– ogni 3 anni
Apparecchi e protesi ortopediche	90% max. Fr. 1'000.–/anno civile
Corsi di preparazione al parto	Fr. 150.–/gravidenza
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.–
Trattamenti dentari in caso d'infortunio	80% max. Fr. 8'000.–/caso
Cure dentarie per 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 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

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Global privée

GPGA01-I8 – edizione 01.07.2000

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 Condizioni d'affiliazione

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

Art. 2 Prestazioni assicurate

1. Global privée

Le prestazioni seguenti sono versate in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure:

1. Ospedalizzazione

1. Classe d'assicurazione

Reparto privato di un centro ospedaliero svizzero riconosciuto (camera a un letto), in cure generali o psichiatriche, per i malati di tipo acuto.

2. Franchigie in caso d'ospedalizzazione

a. senza franchigia;

b. Fr. 1'000.– per anno civile;

c. Fr. 3'000.– per anno civile.

La franchigia scelta si applica esclusivamente alle prestazioni legate all'ospedalizzazione.

3. Prestazioni

a. In generale

In caso d'ospedalizzazione, l'assicuratore assume le spese di trattamento e di vitto e alloggio.

b. Ospedalizzazione all'estero

Se l'assicurato si ammala o è vittima di un infortunio all'estero ed è ospedalizzato, l'assicuratore versa, per un massimo di 60 giorni per anno civile, una prestazione massima di Fr. 1'500.– al giorno.

L'assicurato a beneficio dell'opzione privata mondo è coperto al massimo fino a concorrenza di Fr. 3'000.– al giorno, per una durata massima di 60 giorni per anno civile.

Salvo previa autorizzazione dell'assicuratore, i trattamenti volontari all'estero non sono assunti.

4. Maternità

a. Le prestazioni dell'assicurazione d'ospedalizzazione in caso di maternità e di parto sono versate dopo 12 mesi di assicurazione. Il periodo trascorso nella Global temporis non è conteggiato come durata di assicurazione.

b. In caso d'interruzione di gravidanza e per qualsiasi altra prestazione in relazione con la maternità, è applicabile il termine d'attesa previsto alla

lettera a.

c. Per un parto che comporta una degenza ospedaliera inferiore a cinque giorni nel reparto privato, l'assicuratore versa un importo di Fr. 250.– per ogni giorno d'ospedalizzazione evitato. L'importo di cui sopra non viene versato in caso di degenze ospedaliere alle quali è applicata una fatturazione forfettaria globale. È riservata la lettera a.

d. In caso di parto ambulatoriale o a domicilio, l'assicurata riceve un importo di Fr. 1'200.– con riserva della lettera a.

e. 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. Entità e durata delle prestazioni

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

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

b. Se un assicurato è ospedalizzato in un centro con il quale l'assicuratore non ha concluso un accordo tariffario per spese di vitto e alloggio e spese di trattamento (onorari medici compresi) gli sarà accordato, nel limite del reparto privato, un importo di Fr. 600.– al giorno.

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 le cliniche per le 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 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 il centro ospedaliero o la clinica

in cui sarà ricoverato fa parte dei centri ospedalieri riconosciuti dall'assicuratore.

7. Misure di risparmio

- Quando un assicurato rinuncia di sua spontanea volontà o su proposta dell'assicuratore ad una degenza nel reparto privato per il reparto comune o comfort, l'assicuratore può versare un'indennità fino al 50% delle spese risparmiate e stimate da quest'ultimo, ma al massimo Fr. 1'500.– per ospedalizzazione.
- In caso di parto a domicilio o ambulatoriale, 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. Medicamenti 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 (LPPA).

2. Medicamenti fuori lista

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

3. Medicina dolce

L'assicuratore assume le terapie sotto elencate a condizione che siano effettuate da un medico diplomato svizzero o praticante in terapia naturale riconosciuto dall'assicuratore.

L'assicuratore si riserva il diritto di escludere alcuni praticanti in terapia naturale e tiene a disposizione degli assicurati una lista dei praticanti le cui prestazioni sono rimborsate.

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

Lista delle terapie di «medicina dolce»

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, ortobionomia, osteopatia, polarità, riequilibrio energetico, riflessologia, reiki, rolfing, shiatsu, trauger, training autogeno.

Psicoterapia

biodinamica, rebirthing, sofrologia, metodo tomatis:

- qualsiasi cambiamento volontario di terapia o di praticante 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 alle spese di cura di convalescenza, in centri riconosciuti, è accordato, al massimo però per 30 giorni per anno civile. Una richiesta di autorizzazione deve essere sottoposta 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 di cure termali all'estero, necessarie dal punto di vista medico, previa autorizzazione dall'assicuratore. La domanda di autorizzazione deve essere sottoposta 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

Dietro 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. Aiuto domiciliare e spese di collocamento

Previo richiesta dell'assicurato sono rimborsate:

- la percentuale delle spese risultanti dall'assunzione di un aiuto domiciliare, necessario dal punto di vista medico, appartenente ad un ente ufficiale, incaricato di svolgere le faccende domestiche e le attività quotidiane al posto dell'assicurato. Tutte le altre spese sono escluse (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'istituzione 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.

11. Apparecchi e protesi ortopediche

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 per il rimborso delle spese.

12. Corso 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.

13. Indennità unica d'allattamento

Un'indennità d'allattamento a condizione che la madre allatti il bambino per almeno 30 giorni e che questa 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.

15. Vaccini

Le spese delle vaccinazioni che non sono incluse nelle disposizioni sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure e che sono necessarie in Svizzera, come pure quelle prescritte in caso di partenza 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. 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 con diploma federale e che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure. Le spese dentarie sono rimborsate secondo la tariffa ufficiale LAINF (nomenclatura e valore del punto).

20. Spese di trasporto

L'assicuratore versa un contributo per le spese di trasporto, causate da una malattia o da un infortunio, fino al centro ospedaliero o lo studio medico più vicino, a condizione che siano necessarie dal punto di vista medico e che non siano assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure. Questo contributo è versato esclusivamente in caso di trasporto tramite ambulanza, elicottero o per ricerca e salvataggio.

Le spese di trasporti pubblici (treno, autobus) necessarie per un trattamento ambulatoriale sono 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 versate 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

Dietro presentazione di una fattura giustificativa, assunzione di una partecipazione alla quota di membro attivo di un club sportivo o di un'associazione riconosciuti 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'istituzione riconosciuta dall'assicuratore.

Una domanda deve essere prima presentata all'assicuratore il quale determinerà, per ogni caso, l'entità del contributo versato. 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 offrono 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 versa, temporaneamente, delle prestazioni Global privée alle persone assicurate con una copertura simile presso un altro assicuratore.

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

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

d. Il pagamento delle prestazioni di Global temporis interviene in complemento alle prestazioni offerte 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 privée, senza nuovo questionario sullo stato di salute. Questa deve avvenire al massimo entro due anni.

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

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

h. Al trasferimento dalla copertura Global temporis a quella di Global privée e al conseguente adattamento del premio, non è applicabile la disposizione dell'art. 29 cpv. 1 CGC per le assicurazioni malattia e infortunio complementari sul diritto di disdetta dell'assicurato.

i. Le prestazioni pagate nell'ambito di Global temporis, i cui limiti sono legati ad un periodo determinato, contano anche per il calcolo del diritto alle prestazioni dopo il passaggio alla copertura Global Privée.

Art. 3 Entità delle prestazioni

Le prestazioni menzionate nell'art. 2 sono versate nei limiti e fino a concorrenza degli importi che figurano nella «Tabella delle prestazioni Global 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 seguente.
3. Nei limiti previsti dalle presenti condizioni d'assicurazione, l'assicuratore rimborsa le spese non assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure, se le prestazioni sono dispensate da un medico o da una persona debitamente autorizzata e riconosciuta dall'assicuratore. L'assicurazione regolata dalle presenti disposizioni non può in alcun caso servire alla copertura di partecipazioni e franchigie legali dell'assicurazione obbligatoria delle cure e delle assicurazioni complementari.

Art. 5 Vantaggi «LeClub»

Attraverso la sua adesione all'assicurazione Global Privée, l'assicurato beneficia dei vantaggi «LeClub», che sono precisamente:

1. Riduzioni negli hotel
Delle riduzioni sono accordate negli hotel che figurano su una lista stilata dall'assicuratore.
2. Riduzioni in drogherie e farmacie o altri esercizi
Delle riduzioni sono accordate nelle drogherie e farmacie o altri esercizi 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 seguente. Le classi d'età determinanti sono le seguenti:

- da 0 a 18 anni
- da 19 a 25 anni
- dal 26° anno, le classi d'età sono scaglionate in gruppi di 5 anni.

Tabella delle prestazioni Global privée

Tipi di prestazioni	Global privée
Medicamenti limitati	90%, prescrizioni illimitate
Medicamenti fuori lista	90%, prescrizioni illimitate
Medicina dolce	Fr. 70.– max. per 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 tariffari	Fr. 1'000.–/anno civile
Indennità per spese private in caso di ospedalizzazione	Fr. 200.–/caso
Spese di accompagnamento in un centro ospedaliero	Fr. 700.–/anno civile
Aiuto domiciliare e spese di collocamento	90% max. Fr. 3'000.–/anno civile
Occhiali e lenti a contatto	Fr. 200.–/3 anni
Apparecchi e protesi ortopediche	90% max. Fr. 1'000.–/anno civile
Corsi di preparazione al parto	Fr. 150.–/gravidenza
Indennità unica d'allattamento	Fr. 100.–/bambino
Ecografie e mammografie	90%, numero di esami illimitato
Vaccini	90% max. Fr. 250.–/anno civile
Test Elisa o VIH	Fr. 50.–/anno civile
Sterilizzazione volontaria	80% max. Fr. 500.–
Trattamenti dentari in caso d'infortunio	80% max. Fr. 8'000.–/caso
Cure dentarie per malattia	80% max. Fr. 200.–/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 privato in tutta la Svizzera
Ospedalizzazione all'estero	Fr. 1'500.–/giorno Fr. 3'000.–/giorno (opzione privata mondo)
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 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

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Global smart

GO

GOGA02-I8 – edizione 01.06.2023

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 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).
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 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.
3. L'assicurazione Global smart include tre livelli di copertura (modulo di base):
 - Livello 1
 - Livello 2
 - Livello 3
4. 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

1. 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.
2. 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

1. 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.
2. 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 «medecina 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 tomatitis
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	
Simpatoterapia	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.
 - 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 svizzere 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.
7. In deroga all'articolo 6.3.3, i trattamenti volontari all'estero delle persone:
 - che risiedono all'estero e rimangono soggette all'assicurazione obbligatoria delle cure medicosanitarie LAMal oppure
 - che hanno optato per il mantenimento della copertura d'assicurazione ai sensi dell'art. 7a dell'OAMal, tramite la sottoscrizione di un'assicurazione facoltativa delle cure ai sensi della LCA, non sono soggette all'autorizzazione preventiva dell'assicuratore.

	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Descrizione
Trattamenti ambulatoriali	La somma assicurata ammonta a massimo Fr. 100'000.– per anno civile			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				Assunzione esclusivamente delle spese di: – 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: – spese attestate 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 attestate, 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

- Le prestazioni in caso di degenza in ospedale per gravidanza e parto sono erogate solo dopo un periodo di carenza di 12 mesi.
- 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.
- 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.
- 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.–

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Global confort

GCGA01-I7 – edizione 01.07.2000

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 Condizioni di ammissione

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

Art. 2 Prestazioni assicurate

1. Global confort

Le prestazioni seguenti sono versate in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure.

1. Ospedalizzazione

1. Classi d'assicurazione

a. Classe comune

Libera scelta, nel reparto comune, di un centro ospedaliero svizzero riconosciuto, in cure generali o psichiatriche, per i malati di tipo acuto.

b. Classe comfort nel reparto comune

Secondo la variante scelta, il supplemento per una camera a due letti o a un letto in un centro ospedaliero svizzero riconosciuto dall'assicuratore.

Cure mediche del reparto comune senza libera scelta del medico.

Restano riservate le disponibilità dei centri ospedalieri.

2. Prestazioni

a. In generale

In caso d'ospedalizzazione, l'assicuratore assume le spese di trattamento e di vitto e alloggio.

b. Ospedalizzazione all'estero

Se l'assicurato si ammala o è vittima di un infortunio all'estero ed è quivi ospedalizzato, l'assicuratore versa, per un massimo 60 giorni per anno civile, una prestazione massima di Fr. 500.- al giorno. Salvo previa autorizzazione dell'assicuratore, i trattamenti volontari all'estero non sono assunti.

3. Entità e durata delle prestazioni

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

- a. L'assicuratore assume le spese di trattamenti riconosciuti dalla LAMal, le spese di vitto e alloggio in ospedale e gli onorari medici, secondo la convenzione o la regolamentazione tariffaria

cantonale o un'altra convenzione stipulata con l'assicuratore.

- b. Se un assicurato è ospedalizzato in un centro ospedaliero con il quale l'assicuratore non ha stipulato accordi tariffari per vitto e alloggio e spese di trattamento (onorari medici compresi), gli saranno concessi Fr. 200.- al giorno, nel limite del reparto comune.

- c. La scelta del centro ospedaliero in classe comfort è limitata ai centri riconosciuti dall'assicuratore.

- d. Nell'ambito della presente assicurazione, non c'è copertura assicurativa in caso di trapianto di organi per i quali la Federazione svizzera per compiti comuni delle casse malati di Soletta (SVK) ha concluso dei forfait per caso. Questa regola vale anche per le cliniche per le quali non è stato convenuto alcun forfait per caso.

- e. Dal momento in cui il malato non è più considerato di tipo acuto, il diritto alle prestazioni si estingue.

- f. 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.

- g. 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 in un centro per cure psichiatriche (60 giorni) è computata nei 90 giorni precitati.

4. Doveri dell'assicurato

Prima di ogni ospedalizzazione, l'assicurato è tenuto ad informarsi se il centro ospedaliero, il reparto dell'istituto o la clinica in cui sarà ricoverato fanno parte dei centri ospedalieri riconosciuti dall'assicuratore.

2. Cure complementari

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

1. Medicamenti limitati

La percentuale prevista dei costi di medicamenti che non sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure, ad eccezione, tuttavia, dei medicamenti della Lista dei prodotti farmaceutici a carico dell'assicurato (LPPA).

2. Medicamenti fuori lista

La percentuale prevista delle spese di medicamenti che non figurano in alcuna lista ufficiale (ES-EMT) e che non sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure, esclusi, tuttavia, i medicamenti a carico degli assicurati (LPPA).

3. Medicina dolce

L'assicuratore assume le terapie sotto elencate a condizione che siano effettuate da un medico diplomato svizzero o praticante in terapia naturale riconosciuto dall'assicuratore.

L'assicuratore si riserva il diritto di escludere alcuni praticanti in terapia naturale e tiene a disposizione degli assicurati una lista dei praticanti le cui presta-

zioni sono timborsate.

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

Lista delle terapie «medicina dolce»

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, eurtmia, fasciaterapia, integrazione posturale, chinesioterapia, massaggi, medicina antroposofica, mesoterapia, ortobionomia, osteopatia, polarità, riequilibrio energetico, riflessologia, reiki, rolfing, shiatsu, trauger, training autogeno.

Psicoterapia:

biodinamica, rebirthing, sofrologia, metodo tomatis:

- qualsiasi cambiamento volontario di terapia o di praticante nel corso del trattamento dovrà essere anticipatamente 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 alle spese di cura di convalescenza, in centri riconosciuti, è accordato, al massimo però per 30 giorni per anno civile. Una richiesta di autorizzazione deve essere sottoposta all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura, allegando la 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, anticipatamente autorizzate dall'assicuratore. La domanda di autorizzazione deve essere sottoposta all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura, allegando la 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 cure.

7. Indennità per spese private in caso d'ospedalizzazione

Dietro 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. Aiuto domiciliare e spese di collocamento

Previo richiesta dell'assicurato sono rimborsate:

- la percentuale delle spese risultanti dall'assunzione di un aiuto domiciliare, necessario dal

punto di vista medico, appartenente ad un ente ufficiale, incaricato di svolgere le faccende domestiche e gli atti quotidiani al posto dell'assicurato. Tutte le altre spese sono escluse (grandi pulizie, ecc.);

- le spese di collocamento temporaneo dei membri della famiglia che vivono in comunione domestica con l'assicurato quando quest'ultimo deve, per ragioni mediche, essere ospedalizzato. Il collocamento temporaneo dei membri della famiglia dovrà essere effettuato presso un'istituzione 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.

11. Apparecchi e protesi ortopediche

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 per il rimborso delle spese.

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.

13. Indennità unica d'allattamento

Un'indennità d'allattamento a condizione che la madre allatti il bambino per almeno 30 giorni e che questa 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.

15. Vaccini

Le spese delle vaccinazioni che non sono incluse nelle disposizioni sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure e che sono necessarie in Svizzera, come pure quelle prescritte in caso di partenza 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 cure 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. 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 con un diploma federale, non assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure. Le spese dentarie sono rimborsate secondo la tariffa ufficiale LAINF (nomenclatura e valore del punto).

20. Spese di trasporto

L'assicuratore versa un contributo per le spese di trasporto derivanti da una malattia o da un infortunio, fino al centro ospedaliero o allo studio medico più vicino, a condizione che tale trasporto sia ne-

cessario dal punto di vista medico e che non sia assunto dall'assicurazione obbligatoria delle cure. Questo contributo è versato soltanto in caso di trasporto tramite ambulanza, elicottero o per un'azione di ricerca e di salvataggio.

Le spese di trasporti pubblici (treno, autobus) necessarie per un trattamento ambulatoriale sono parimenti 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 allorché il sinistro si verifica al di là di un raggio di 20 km dal domicilio dell'assicurato).

4. **Indennità di decesso**

Un'indennità di decesso di Fr. 2'000.– in seguito a malattia o infortunio è versata agli aventi diritto dopo il decesso dell'assicurato, se quest'ultimo ha almeno tre anni compiuti e al massimo 55 anni compiuti.

L'atto di morte o qualsiasi altro documento giudicato necessario deve essere presentato all'assicuratore.

L'assicuratore ha il diritto di dedurre dall'indennità di decesso accordata agli aventi diritto gli eventuali importi dovuti dal defunto (premi, partecipazioni, ecc.).

Il diritto all'indennità di decesso si estingue, senza ulteriore avviso, dopo un termine di due anni a partire dal giorno del decesso, se l'atto di morte non è presentato all'assicuratore.

2. **Global junior**

Prestazioni supplementari

a. Custodia di bambini malati a domicilio

In deroga all'art. 1 cifra 2, questa prestazione è concessa fino all'età di dodici anni compiuti. Prestazioni versate 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

Dietro 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 nell'ambito delle 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 l'autorità di un'istituzione riconosciuta dall'assicuratore.

Una domanda preliminare deve essere presentata all'assicuratore che determinerà per ogni caso l'entità del contributo versato. Quest'ultimo è determinato tenendo conto dell'insieme dei costi relativi ai trattamenti che permettono il mantenimento a domicilio.

b. Soggiorni terapeutici

L'assicuratore accorda un contributo annuo per un soggiorno terapeutico presso centri riconosciuti dall'assicuratore, che offrono 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**

- Global temporis versa, temporaneamente, prestazioni Global confort alle persone assicurate per una copertura simile presso un altro assicuratore.
- Le prestazioni Global temporis concernono le cure complementari descritte ai punti 2.1.2, 2.1.3, 2.2, 2.3; non concernono quelle dei punti 2.1.1 (ospedalizzazione) e 2.1.4 (indennità di decesso).
- Per le cure complementari assunte, le prestazioni di Global temporis corrispondono al 30% di quelle offerte da Global confort.
- Il pagamento delle prestazioni di Global temporis interviene in complemento alle prestazioni offerte dall'altro assicuratore.
- Simultaneamente all'adesione a Global temporis, l'assicuratore accetta, per la data fissata sulla dichiarazione di adesione, l'entrata futura dell'assicurato nell'assicurazione Global confort, senza nuovo esame dello stato di salute. Questa deve avvenire al massimo entro il termine di tre anni.
- La partecipazione dell'assicuratore alle franchigie e aliquote di altri assicuratori è esclusa.
- Per la durata di Global temporis, il premio è ridotto rispetto a quello di Global confort.
- Al trasferimento dalla copertura Global temporis a quella di Global confort e al conseguente adattamento del premio, non è applicabile la disposizione dell'art. 29 cpv. 1 delle CGC per le assicurazioni malattia e infortunio complementari sul diritto di disdetta dell'assicurato.
- Le prestazioni pagate nell'ambito di Global temporis, i cui limiti sono legati ad un periodo determinato, contano anche per il calcolo del diritto alle prestazioni dopo il passaggio alla copertura Global confort.

Art. 3 Entità delle prestazioni

Le prestazioni menzionate nell'art. 2 sono versate nei limiti e fino a concorrenza degli importi che figurano nella Tabella delle prestazioni Global confort.

Art. 4 Diritto alle prestazioni

- L'assicurato ha diritto alle prestazioni dall'entrata in vigore del contratto d'assicurazione.
- Per le prestazioni legate alla gravidanza e al parto, il diritto alle prestazioni ha inizio dopo 12 mesi di assicurazione. Il periodo trascorso nella Global temporis non è conteggiato come durata di assicurazione.
- 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 sull'anno seguente.
- Nella misura prevista dalle presenti condizioni d'assicurazione, l'assicuratore rimborsa le spese non assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure quando le prestazioni sono dispensate da un medico o da una persona debitamente autorizzata e riconosciuta dall'assicuratore. L'assicurazione retta dalle presenti disposizioni non può in alcun caso servire alla copertura di partecipazioni e franchigie legali dell'assicurazione obbligatoria delle cure e delle assicurazioni complementari.

Art. 5 Franchigie

Gli assicurati hanno le seguenti possibilità di scelta:

- senza franchigia;
- una franchigia di Fr. 150.– per anno civile.

Per la durata di Global temporis l'assicurazione è stipulata soltanto senza franchigia.

Art. 6 Vantaggi «LeClub»

Attraverso la sua adesione all'assicurazione Global confort, l'assicurato beneficia dei vantaggi «LeClub», che sono precisamente:

1. Riduzioni negli hotel
Delle riduzioni sono accordate negli hotel che figurano su una lista stilata dall'assicuratore.
2. Riduzioni drogherie e farmacie o altri esercizi
Delle riduzioni sono accordate nelle drogherie e farmacie o altri esercizi riportati su una lista stilata dall'assicuratore.

Art. 7 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 seguente. Le classi d'età determinanti sono le seguenti:

- da 0 a 18 anni;
- da 19 a 25 anni;
- dal 26° anno, le classi d'età sono scaglionate in gruppi di 5 anni.

Tabella delle prestazioni Global confort

Tipi di prestazioni

	Global 1
Medicamenti limitati	70% max. Fr. 800.–/anno civile
Medicamenti fuori lista	70% max. Fr. 800.–/anno civile
Medicina dolce	max. Fr. 70.–/seduta, fino a Fr. 2'000.–/anno civile
Cure termali in Svizzera	60% max. Fr. 300.–/anno civile
Cure di convalescenza	Fr. 20.–/giorno, max. 30 giorni/anno civile
Cure di convalescenza in seguito ad ospedalizzazione	Fr. 40.–/giorno, max. 30 giorni/anno civile
Cure termali all'estero	nessuna prestazione
Supplementi tariffari	nessuna prestazione
Indennità per spese private in caso di ospedalizzazione	Fr. 100.–/caso
Spese di accompagnamento in un centro ospedaliero	Fr. 500.–/anno civile
Aiuto domiciliare e spese di collocamento	70% max. Fr. 1'500.–/anno civile
Occhiali e lenti a contatto	Fr. 100.–/3 anni
Apparecchi e protesi ortopediche	70% max. Fr. 300.–/anno civile
Corsi di preparazione al parto	Fr. 150.–/gravidenza
Indennità unica d'allattamento	Fr. 100.–/bambino
Ecografie e mammografie	90%, numero illimitato di esami
Vaccini	70% max. Fr. 150.–/anno civile
Test Elisa o HIV	Fr. 50.–/anno civile
Sterilizzazione volontaria	60% max. Fr. 300.–
Trattamenti dentari in caso d'infortunio	60% max. Fr. 4'000.–/caso
Cure dentarie per malattia	60% max. Fr. 100.–/3 anni
Spese di trasporto	60% max. Fr. 1'000.–/anno civile
Psicoterapeuti non medici e psicologi indipendenti	60% max. Fr. 600.–/anno civile
Ospedalizzazione in Svizzera	Reparto comune in tutta la Svizzera (uno o due letti)
Ospedalizzazione all'estero	Fr. 500.–/giorno
Indennità al decesso	Fr. 2'000.– decesso per malattia o infortunio
Groupe Mutuel Assistance	

Global junior (0-18 anni)

Custodia di bambini a domicilio	Fr. 200.–/anno civile
Contributo attività sportiva	Fr. 30.–/anno civile

Global senior (a partire da 56 anni)

Cure palliative	90% max. Fr. 2'000.–/anno civile
Soggiorni di benessere	Fr. 300.–/anno civile
Consigli e corsi di dietetica	50% max. Fr. 150.–/anno civile

Global 2	Global 3	Global 4
90% max. Fr. 800.–/anno civile	90%, prescrizioni illimitate	90%, prescrizioni illimitate
90% max. Fr. 800.–/anno civile	90%, prescrizioni illimitate	90%, prescrizioni illimitate
max. Fr. 70.–/seduta, fino a Fr. 2'000.–/anno civile	max. Fr. 70.–/seduta, fino a Fr. 3'000.–/anno civile	max. Fr. 70.–/seduta, fino a Fr. 6'000.–/anno civile
60% max. Fr. 300.–/anno civile	80% max. Fr. 500.–/anno civile	80% max. Fr. 750.–/anno civile
Fr. 20.–/giorno, max. 30 giorni/anno civile	Fr. 25.–/giorno, max. 30 giorni/anno civile	Fr. 25.–/giorno, max. 30 giorni/anno civile
Fr. 40.–/giorno, max. 30 giorni/anno civile	Fr. 50.–/giorno, max. 30 giorni/anno civile	Fr. 50.–/giorno, max. 30 giorni/anno civile
nessuna prestazione	50% max. Fr. 500.–/anno civile	80% max. Fr. 1'000.–/anno civile
Fr. 600.–/anno civile	Fr. 800.–/anno civile	Fr. 1'000.–/anno civile
Fr. 100.–/caso	Fr. 200.–/caso	Fr. 200.–/caso
Fr. 500.–/anno civile	Fr. 600.–/anno civile	Fr. 700.–/anno civile
90% max. Fr. 1'500.–/anno civile	90% max. Fr. 2'500.–/anno civile	90% max. Fr. 3'000.–/anno civile
Fr. 100.–/3 anni	Fr. 150.–/3 anni	Fr. 200.–/3 anni
90% max. Fr. 300.–/anno civile	90% max. Fr. 1'000.–/anno civile	90% max. Fr. 1'000.–/anno civile
Fr. 150.–/gravidanza	Fr. 150.–/gravidanza	Fr. 150.–/gravidanza
Fr. 100.–/bambino	Fr. 100.–/bambino	Fr. 100.–/bambino
90%, numero illimitato di esami	90%, numero illimitato di esami	90%, numero illimitato di esami
90% max. Fr. 150.–/anno civile	90% max. Fr. 200.–/anno civile	90% max. Fr. 250.–/anno civile
Fr. 50.–/anno civile	Fr. 50.–/anno civile	Fr. 50.–/anno civile
80% max. Fr. 300.–	80% max. Fr. 400.–	80% max. Fr. 500.–
80% max. Fr. 4'000.–/caso	80% max. Fr. 6'000.–/caso	80% max. Fr. 8'000.–/caso
80% max. Fr. 100.–/3 anni	80% max. Fr. 150.–/3 anni	80% max. Fr. 200.–/3 anni
80% max. Fr. 1'000.–/anno civile	80% max. Fr. 2'500.–/anno civile	80% max. Fr. 5'000.–/anno civile
70% max. Fr. 600.–/anno civile	80% max. Fr. 700.–/anno civile	80% max. Fr. 800.–/anno civile
Reparto comune in tutta la Svizzera (uno o due letti)	Reparto comune in tutta la Svizzera (uno o due letti)	Reparto comune in tutta la Svizzera (uno o due letti)
Fr. 500.–/giorno	Fr. 500.–/giorno	Fr. 500.–/giorno
Fr. 2'000.– decesso per malattia o infortunio	Fr. 2'000.– decesso per malattia o infortunio	Fr. 2'000.– decesso per malattia o infortunio
Assistenza, sostegno e rimpatrio in caso di urgenza medica in viaggio e all'estero		
Fr. 250.–/anno civile	Fr. 300.–/anno civile	Fr. 300.–/anno civile
Fr. 30.–/anno civile	Fr. 30.–/anno civile	Fr. 30.–/anno civile
90% max. Fr. 2'500.–/anno civile	90% max. Fr. 3'000.–/anno civile	90% max. Fr. 3'000.–/anno civile
Fr. 300.–/anno civile	Fr. 300.–/anno civile	Fr. 300.–/anno civile
50% max. Fr. 200.–/anno civile	50% max. Fr. 250.–/anno civile	50% max. Fr. 250.–/anno civile

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Global flex

GX

GXGA01-I7 – edizione 01.04.2005

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

- 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.
- 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, eurtmia, fascia-terapia, integrazione posturale, chinesioterapia, 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.

Condizioni particolari dell'assicurazione delle cure complementari

SC

SCGA01-I7 – edizione 01.07.2000

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 Condizioni di adesione

Qualsiasi persona può aderire all'assicurazione delle cure complementari senza limiti d'età.

Art. 2 Importi annui assicurabili

L'assicuratore garantisce le prestazioni previste dalle presenti condizioni d'assicurazione fino a concorrenza degli importi annui seguenti:

- Copertura per anno civile: Fr. 8'000.– SC1
- Copertura per anno civile: Fr. 10'000.– SC2
- Copertura per anno civile: Fr. 15'000.– SC3
- Copertura per anno civile: Fr. 20'000.– SC4

Art. 3 Diritto alle prestazioni

- L'assicurato ha diritto alle prestazioni dall'entrata in vigore del contratto d'assicurazione.
- Le prestazioni concesse dalla presente assicurazione sono in complemento a quelle dell'assicurazione obbligatoria delle cure.
- Le prestazioni sono computate nell'importo assicurato per anno civile. I diritti dell'assicurato che ha esaurito il suo capitale si rinnovano al primo gennaio dell'anno seguente. Le spese posteriori all'esaurimento del diritto non possono essere riportate sull'anno seguente.
- Qualora le prestazioni offerte dall'assicurazione Vitalis (SP), dall'assicurazione delle cure dentarie (DP) e dall'assicurazione delle spese dentarie (TD), fossero in concorrenza con le prestazioni dell'assicurazione delle cure complementari SC e SB, le prestazioni di queste ultime categorie d'assicurazione saranno versate in complemento a quelle delle assicurazioni complementari SP, DP e TD.

Art. 4 Onorari e fatture esagerate

La cassa si riserva il diritto di contestare onorari e altre fatture che stima manifestamente eccessivi e di limitare le sue prestazioni. Sono considerate eccessive le prestazioni risultanti da un trattamento inefficace, inadeguato e non economico.

Art. 5 Prestazioni per cure

- Nei limiti previsti dalle presenti condizioni d'assicurazione, l'assicuratore rimborsa le spese non assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure, se le prestazioni fornite sono prescritte da un medico o da una persona debitamente autorizzata e riconosciuta dall'assicuratore. L'assicurazione retta dalle presenti disposizioni non può in alcun caso servire a coprire le aliquote e le franchigie legali dell'assicurazione obbligatoria delle cure e delle assicurazioni complementari.
- L'assicuratore versa le seguenti prestazioni, nei limiti previsti dall'articolo 6 (v. tabella).
 - Medicamenti limitati (SC1, SC2, SC3 e SC4)

La percentuale prevista delle spese che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure, eccezione fatta per i medicinali della lista dei prodotti farmaceutici per applicazione speciale (LPPA).

- Medicamenti fuori lista (SC1, SC2, SC3 e SC4)

La percentuale prevista delle spese di medicinali che non figurano in alcuna lista ufficiale (ES-EMT) e quindi non assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure, esclusi i prodotti farmaceutici per applicazione speciale (LPPA).
 - Medicina dolce (SC2, SC3 e SC4)

L'assicuratore assume le spese delle terapie qui elencate a condizione che siano dispensate da un medico diplomato svizzero o un praticante in terapia naturale riconosciuto dall'assicuratore.

L'assicuratore si riserva il diritto di escludere certi praticanti in terapia naturale e mette a disposizione degli assicurati una lista dei praticanti le cui prestazioni sono rimborsate dall'assicuratore.

Prima di ogni trattamento, l'assicurato è tenuto ad informarsi se il terapeuta dove si farà curare fa parte dei praticanti riconosciuti.

Elenco delle terapie «medicina dolce»

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, ortobionomia, osteopatia, polarità, riequilibrio energetico, riflessologia, reiki, rolfing, shiatsu, trager, training autogeno.

Psicoterapia:
Biodinamica, rebirthing, sofiologia, metodo tomatiss.

 - Qualsiasi cambiamento volontario di terapia o del medico praticante durante il trattamento, dovrà essere prima approvato dall'assicuratore.
 - Le prestazioni relative alla sofiologia sono rimborsate a condizione che i trattamenti siano effettuati da un medico, un medico sofiologo diplomato ASS o da un sofiologo non medico ma diplomato ASS.
- Osteopatia (SC1, SC2, SC3 e SC4)

La percentuale prevista delle spese di cure dispensate da un terapeuta riconosciuto dall'assicuratore.
- Agopuntura, omeopatia, elettroagopuntura, sofiologia (SC1, SC2, SC3 e SC4)

La percentuale prevista delle spese di cure dispensate da un terapeuta, riconosciuto dall'assicuratore, che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure.
- Cure in Svizzera (SC1, SC2, SC3 e SC4)

Un contributo alle spese di trattamento in caso di cure termali, come pure un contributo alle spese di cura di convalescenza in centri riconosciuti, ma al massimo per 30 giorni per anno civile.

Una richiesta di autorizzazione deve essere indirizzata all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura, allegando la prescrizione medica.

7. Cure termali all'estero (SC3 e SC4)
Un contributo alle spese di cure termali all'estero, necessarie dal punto di vista medico, ma solo previo accordo dell'assicuratore. La domanda di autorizzazione deve essere indirizzata alla cassa almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura, allegando la prescrizione medica.
8. Supplementi di tariffe (SC1, SC2, SC3 e SC4)
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.
9. Indennità per spese private in caso d'ospedalizzazione (SC 1, SC2, SC3 e SC4)
È versata un'indennità unica per ospedalizzazioni di oltre otto giorni, dietro presentazione di una fattura giustificativa.
10. Spese di accompagnamento in un centro ospedaliero (SC1, SC2, SC3 e SC4)
In caso d'ospedalizzazione, l'assicuratore assume 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.
11. Aiuto domiciliare e spese di collocamento (SC1, SC2, SC3 e SC4)
Previo domanda all'assicuratore sono rimborsate:
 - le spese per assumere personale per l'aiuto domiciliare, necessario dal punto di vista medico, appartenente ad un ente ufficiale e addetto a svolgere le faccende domestiche e gli atti quotidiani al posto dell'assicurato. Tutte le altre spese sono escluse (grandi pulizie, ecc.);
 - le spese di collocamento temporaneo dei membri della famiglia che vivono in comunione domestica con l'assicurato, quando quest'ultimo deve, per ragioni mediche, essere ospedalizzato. Il collocamento temporaneo dei membri della famiglia dovrà essere effettuato presso un'istituzione ufficiale.
12. Occhiali e lenti a contatto (SC1, SC2, SC3 e SC4)
Le spese di occhiali da vista o di lenti a contatto acquistate in Svizzera o all'estero che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure.
13. Apparecchi e protesi ortopediche (SC1, SC2, SC3 e SC4)
Le spese di noleggio e d'acquisto di protesi ortopediche e di mezzi ausiliari (protesi dentarie escluse) prescritti da un medico sono assunte secondo la lista stilata dall'assicuratore.
14. Corsi di preparazione al parto (SC 1, SC2, SC3 e SC4)
Le spese del corso di preparazione al parto indolore o di preparazione alla nascita che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure.
15. Indennità unica d'allattamento (SC1, SC2, SC3 e SC4)
Un'indennità d'allattamento se la madre allatta il bambino per almeno 30 giorni e se questa durata d'allattamento è confermata dal medico o dalla levatrice. In caso di parto plurimo, l'indennità è versata per ogni figlio.
16. Ecografie e mammografie (SC1, SC2, SC3 e SC4)
L'importo previsto delle ecografie e mammografie che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure.
17. Vaccini (SC1, SC2, SC3 e SC4)
Le spese delle vaccinazioni che non sono contemplate dall'ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione

obbligatoria delle cure e che sono necessarie in Svizzera, come pure quelle prescritte in caso di partenza all'estero.

18. Test Elisa o HIV (SC1, SC2, SC3 e SC4)
La cassa versa un contributo annuo per le spese di test preventivi prescritti e dispensati da fornitori di prestazioni riconosciuti.
19. Sterilizzazione volontaria (SC1, SC2, SC3 e SC4)
La percentuale prevista delle spese d'intervento.
20. Cure dentarie a seguito d'infortunio (SC1, SC2, SC3 e SC4)
L'importo previsto delle cure dentarie dispensate da un dentista con diploma federale che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure. Le spese dentarie sono rimborsate secondo tariffa LAINF.
21. Cure dentarie in seguito a malattia (SC2, SC3 e SC4)
L'importo previsto per le cure dentarie dispensate da un dentista con un diploma federale e che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure. Le spese dentarie sono rimborsate secondo tariffa ufficiale LAINF (nomenclatura e valore del punto).
22. Spese di trasporto (SC1, SC2, SC3 e SC4)
L'assicuratore versa un contributo per le spese di trasporto, a causa di malattia o di infortunio, fino a un centro ospedaliero o presso lo studio medico più vicino, a condizione che siano necessarie dal punto di vista medico e che non siano assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure. Questo contributo è concesso in caso di trasporto tramite ambulanza, elicottero o per un'azione di ricerca e salvataggio. Le spese di trasporto pubblico (treno, autobus) necessario per un trattamento ambulatoriale sono parimenti assunte se hanno lo scopo di evitare un'ospedalizzazione.
23. Psicoterapeuti non medici e psicologi indipendenti (SC1, SC2, SC3 e SC4)
L'assicuratore assume le spese di trattamenti prescritti da un medico, dispensati da psicoterapeuti non medici e psicologi indipendenti. Queste prestazioni non saranno più riconosciute dalle presenti condizioni particolari nel momento in cui saranno assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure.
24. Groupe Mutuel Assistance (SC1, SC2, SC3 e SC4)
Le prestazioni previste dalle condizioni d'intervento del Groupe Mutuel Assistance (rimpatrio e trasporto, quando il sinistro avviene oltre i 20 km dal domicilio dell'assicurato).

Art. 6 Entità delle prestazioni

Le prestazioni menzionate nell'articolo 5 sono versate nei limiti e fino a concorrenza degli importi che figurano nella tabella annessa.

Art. 7 Premio

1. Il trasferimento in una classe d'età superiore non è considerato come un adeguamento del premio. Il diritto di recesso non è applicabile in questo caso (cfr. art. 29 cpv. 2 CGC). 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 seguente. Le classi d'età determinanti sono le seguenti:
 - minorenni: 0-18 anni;
 - adulti: 19-25 anni;
 - dal 26° anno, le classi d'età sono scaglionate in gruppi di 5 anni.
2. Il tariffario dei premi tiene conto dell'età di affiliazione alla categoria d'assicurazione.

Art. 8 Franchigia

1. Gli assicurati hanno la possibilità di scegliere le seguenti varianti:
 - senza franchigia annuale
 - franchigia annuale di Fr. 50.–
2. Non è richiesta alcuna franchigia sulle prestazioni del Groupe Mutuel Assistance.

Tabella delle prestazioni

Tipi di prestazioni	1
Medicamenti limitati	90%, max. Fr. 600.-/anno civile
Medicamenti fuori lista	90% max. Fr. 600.-/anno civile
Medicina dolce	nessuna prestazione
Osteopatia, sofrologia, agopuntura, omeopatia, elettroagopuntura	Fr. 70.-/seduta, max. Fr. 500.-/anno civile
Cure termali in Svizzera	50%, max. Fr. 250.-/anno civile
Cure di convalescenza	Fr. 15.-/giorno, max. 30 giorni/anno civile
Cure di convalescenza in seguito a ospedalizzazione	Fr. 30.-/giorno, max. 30 giorni/anno civile
Cure termali all'estero	nessuna prestazione
Supplementi di tariffe	Fr. 500.-/anno civile
Indennità per spese private in caso d'ospedalizzazione	Fr. 100.-/caso
Spese ospedaliere di accompagnamento	Fr. 400.-/anno civile
Aiuto domiciliare e spese di collocamento	Fr. 1'000.-/anno civile
Occhiali e lenti a contatto	nessuna prestazione
Mezzi ausiliari	90% max. Fr. 200.-/anno civile
Corsi di preparazione al parto	Fr. 150.-/gravidenza
Indennità unica d'allattamento	Fr. 100.-/figlio
Ecografie et mammografie	90% delle spese
Vaccini	90% max. Fr. 100.-/anno civile
Test Elisa o HIV	Fr. 50.-/anno civile
Sterilizzazione volontaria	80% max. Fr. 200.-/anno civile
Cure dentarie a seguito d'infortunio	80%, max. Fr. 3'000.-/caso
Cure dentarie in caso di malattia	nessuna prestazione
Spese di trasporto	50% max. Fr. 500.-/anno civile
Psicoterapeuti non medici e psicologi indipendenti	Fr. 500.-/anno civile
Capitale per anno civile	Fr. 8'000.-
Groupe Mutuel Assistance	Assistenza, sostegno e rimpatrio in caso di urgenza medica in viaggio e all'estero

2	3	4
90%, max. Fr. 800.-/anno civile	90% delle spese	90% delle spese
90%, max. Fr. 800.-/anno civile	90% delle spese	90% delle spese
Fr. 70.-/seduta, max. Fr. 2'000.-/anno civile	Fr. 70.-/seduta, max. Fr. 3'000.-/anno civile	Fr. 70.-/seduta, max. Fr. 4'000.-/anno civile
60%, max. Fr. 300.-/anno civile	80% max. Fr. 500.-/anno civile	80%, max. Fr. 750.-/anno civile
Fr. 20.-/giorno, max. 30 giorni/anno civile	Fr. 25.-/giorno, max. 30 giorni/anno civile	Fr. 25.-/giorno, max. 30 giorni/anno civile
Fr. 40.-/giorno, max. 30 giorni/anno civile	Fr. 50.-/giorno, max. 30 giorni/anno civile	Fr. 50.-/giorno, max. 30 giorni/anno civile
nessuna prestazione	50% max. Fr. 500.-/anno civile	80% max. Fr. 1'000.-/anno civile
Fr. 600.-/anno civile	Fr. 800.-/anno civile	Fr. 1'000.-/anno civile
Fr. 100.-/caso	Fr. 200.-/caso	Fr. 200.-/caso
Fr. 500.-/anno civile	Fr. 600.-/anno civile	Fr. 700.-/anno civile
Fr. 1'500.-/anno civile	Fr. 2'500.-/anno civile	Fr. 3'000.-/anno civile
Fr. 100.-/ogni 3 anni	Fr. 150.-/ogni 3 anni	Fr. 200.-/ogni 3 anni
90% max. Fr. 300.-/anno civile	90% max. Fr. 1'000.-/anno civile	90% max. Fr. 1'500.-/anno civile
Fr. 150.-/gravidanza	Fr. 150.-/gravidanza	Fr. 150.-/gravidanza
Fr. 100.-/figlio	Fr. 100.-/figlio	Fr. 100.-/figlio
90% delle spese	90% delle spese	90% delle spese
90% max. Fr. 150.-/anno civile	90% max. Fr. 200.-/anno civile	90% max. Fr. 250.-/anno civile
Fr. 50.-/anno civile	Fr. 50.-/anno civile	Fr. 50.-/anno civile
80% max. Fr. 300.-/anno civile	80% max. Fr. 400.-/anno civile	80% max. Fr. 500.-/anno civile
80% max. Fr. 4'000.-/caso	80% max. Fr. 6'000.-/caso	80% max. Fr. 8'000.-/caso
80% max. Fr. 100.- ogni 3 anni	80% max. Fr. 150.- ogni 3 anni	80% max. Fr. 200.- ogni 3 anni
80% max. Fr. 1'000.-/anno civile	80% max. Fr. 2'500.-/anno civile	80% max. Fr. 5'000.-/anno civile
Fr. 600.-/anno civile	Fr. 700.-/anno civile	Fr. 800.-/anno civile
Fr. 10'000.-	Fr. 15'000.-	Fr. 20'000.-
Assistenza, sostegno e rimpatrio in caso di urgenza medica in viaggio e all'estero	Assistenza, sostegno e rimpatrio in caso di urgenza medica in viaggio e all'estero	Assistenza, sostegno e rimpatrio in caso di urgenza medica in viaggio e all'estero

Condizioni particolari dell'assicurazione malattia complementare con bonus

SBGA01-I10 – edizione 01.04.2003

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, chinesioterapia, massaggi, medicina antroposofica, mesoterapia, ortobionomia, osteopatia, polarità, riequilibrio energetico, riflessologia, reiki, rolfing, shiatsu, trager, training autogeno.

Altro

biodinamica, rebirthing, sofrologia, metodo tomatis.

Qualsiasi cambiamento volontario di terapia o di terapeuta 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

Previo 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 indiriz-

zata 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 coperto 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

Condizioni particolari dell'assicurazione di cure complementari Premium

SDGA01-I1 – edizione 01.08.2022

Le seguenti condizioni 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 dell'assicurazione Premium è di fornire agli assicurati prestazioni specifiche in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (qui di seguito AOCMS) secondo la legge sull'assicurazione malattie (LAMal).

Art. 2 Rischi coperti

Le prestazioni sono erogate in caso di malattia, d'infortunio e di maternità.

Art. 3 Condizioni d'adesione

Qualsiasi persona domiciliata in Svizzera può chiedere di aderire all'assicurazione Premium con un'entrata in vigore della copertura al massimo il giorno in cui compie 70 anni.

Art. 4 Diritto alle prestazioni e limitazioni

1. 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.
2. Se un trattamento medico o una terapia di medicina alternativa non è più giustificato/a dal punto di vista medico e non apporta più miglioramenti terapeutici, l'assicuratore informa l'assicurato della riduzione o della cessazione dell'erogazione delle prestazioni.
3. Nei limiti previsti nelle presenti condizioni particolari d'assicurazione, l'assicuratore rimborsa le spese non assunte dall'AOCMS 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.
4. Per le prestazioni "cure di convalescenza e cure termali" e "assistenza domiciliare e spese di collocamento", la persona assicurata deve prima far pervenire all'assicuratore una richiesta di assunzione dei costi.
5. L'assicurazione disciplinata dalle presenti disposizioni non può in alcun caso coprire le franchigie e le aliquote dell'AOCMS.
6. La copertura d'assicurazione si estende tuttavia all'assunzione delle partecipazioni legali estere nell'ambito di una cura effettuata al di fuori della Svizzera, in applicazione dell'accordo sulla libera circolazione delle persone UE/AELS o di altre convenzioni internazionali di sicurezza sociale e a condizione che la legge del paese in questione non lo vieti.

Art. 5 Prestazioni assicurate

	Assunzione	Descrizione
Medicinali limitati e fuori lista	90%	<ul style="list-style-type: none"> Medicinali non rimborsati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOCMS), prescritti da un medico, da un fornitore di cure riconosciuto ai sensi della LAMal o da un terapeuta di medicina alternativa riconosciuto dall'assicuratore. L'assicuratore dispone di una lista dei terapeuti di medicina dolce riconosciuti. Esclusioni: prodotti che figurano nell'elenco delle preparazioni farmaceutiche per applicazioni speciali (EPFA).
Costi di consulenza per i medicinali dell'elenco delle specialità rilasciati dal farmacista senza prescrizione medica	90%	<ul style="list-style-type: none"> Costi di consulenza fornita da farmacisti riconosciuti dall'assicuratore in relazione a medicinali delle liste B+ o B- (classificazione Swissmedic) rilasciati senza prescrizione secondo l'articolo 45 dell'OM (Ordinanza sui medicinali). L'assicuratore dispone di una lista delle farmacie riconosciute.
Medicina alternativa	90%, max CHF 5000.– per anno civile, di cui max CHF 1000.– per i massaggi	<ul style="list-style-type: none"> Terapie riconosciute dall'assicuratore effettuate da un medico diplomato o da uno specialista in terapie naturali riconosciuto dall'assicuratore. L'assicuratore dispone di una lista delle terapie e dei terapeuti riconosciuti.
Cure di convalescenza e cure termali	90%, max 30 giorni/anno civile	<ul style="list-style-type: none"> Spese di cura e di pensione in caso di cure di convalescenza in Svizzera a seguito di un'ospedalizzazione, nei centri di cura riconosciuti 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 dei centri riconosciuti. Pena decadenza del diritto alle prestazioni, una richiesta d'assunzione dei costi e la prescrizione medica devono essere trasmesse all'assicuratore prima dell'inizio della cura.
Occhiali da vista, lenti a contatto o correzione chirurgica della vista	Occhiali e lenti a contatto <ul style="list-style-type: none"> bambini fino a 18 anni, CHF 150.– ogni anno adulti dai 19 anni, CHF 500.– ogni tre anni Correzione chirurgica della vista <ul style="list-style-type: none"> partecipazione del 90%, max CHF 800.–, per tutta la durata del contratto 	<ul style="list-style-type: none"> L'importo previsto per l'acquisto di occhiali da vista o di lenti a contatto che non sono assunti/e dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. La partecipazione prevista per la correzione chirurgica della vista è corrisposta oltre ai costi degli occhiali da vista o delle lenti a contatto.
Mezzi ausiliari	90%	<ul style="list-style-type: none"> Costi di noleggio o di acquisto di apparecchi ortopedici e di mezzi ausiliari (escluse le protesi dentarie), prescritti da un medico, secondo la lista definita dall'assicuratore.
Mammografie	90%	<ul style="list-style-type: none"> I costi delle mammografie che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
Vaccinazioni	90%	<ul style="list-style-type: none"> I costi per le vaccinazioni non assunte dall'AOCMS e per quelle che sono raccomandate dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) in caso di partenza all'estero, riconosciute da Swissmedic.
Test di prevenzione HIV	90%	<ul style="list-style-type: none"> Il costo dei test di prevenzione HIV quando prescritti ed effettuati da fornitori riconosciuti ai sensi della LAMal.
Check-up	90%, max CHF 1800.– ogni tre anni	<ul style="list-style-type: none"> I costi dei check-up effettuati da un medico. Il check-up include: <ul style="list-style-type: none"> una consultazione con un esame esteso (altezza, peso, pressione sanguigna, consigli e promozione della salute), un elettrocardiogramma a riposo e sotto sforzo, una radiografia del torace, uno stato delle urine, analisi ematologiche e chimiche, del glucosio e del colesterolo, un esame della pelle.
Spese di trasporto, ricerca e soccorso	90% (trasporto) 90%, max CHF 100 000.–/anno civile (ricerca e soccorso)	<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 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.
Psicoterapia	90%, max CHF 1000.–/anno civile	<ul style="list-style-type: none"> I costi delle terapie non assunte dall'AOCMS ed effettuate da psicoterapeuti non medici e da psicologi indipendenti riconosciuti dall'assicuratore. L'assicuratore dispone di una lista delle associazioni riconosciute.
Custodia di bambini malati a domicilio	90%, max CHF 300.–/anno civile	<ul style="list-style-type: none"> 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.

	Assunzione	Descrizione
Assistenza domiciliare e spese di collocamento	90%, max CHF 2500.-/anno civile	<ul style="list-style-type: none"> – I costi derivanti dall'assunzione necessaria dal punto di vista medico di un aiuto domestico che svolga tale attività a titolo professionale per conto proprio o presso un'azienda o un'organizzazione e che si occupi dei lavori domestici e della pulizia della casa quotidiani al posto della persona assicurata, a seguito di un'ospedalizzazione dovuta a una malattia o a un infortunio (la maternità è esclusa). Tutte le altre spese (grandi pulizie ecc.) sono escluse. – I costi di collocamento temporaneo dei componenti della famiglia che vivono nella stessa economia domestica con l'assicurato e dipendono da lui a causa dell'età o dello stato di salute, quando quest'ultimo deve, per motivi medici, essere ospedalizzato. Il collocamento temporaneo dei componenti della famiglia deve avvenire in una struttura d'accoglienza ufficiale (unità di accoglienza temporanea, asilo nido, centro diurno e/o notturno). – L'assicurato deve richiedere l'accordo preliminare dell'assicuratore.
Pasti a domicilio a seguito di un'ospedalizzazione	CHF 20.-/giorno, max 30 giorni/anno civile	<ul style="list-style-type: none"> – Assunzione dei costi dei pasti a domicilio forniti a titolo professionale da un centro, un'azienda o un ente e su prescrizione medica.
Contraccezione e sterilizzazione volontaria	90%, max CHF 500.-/anno civile	<ul style="list-style-type: none"> – Assunzione dei costi di misure contraccettive che richiedono l'intervento di un medico (impianti contraccettivi, spirale, progestinici ritardati) o che sono oggetto di una prescrizione medica iniziale (pillola anticoncezionale, anello vaginale, cerotto). – Assunzione dei costi d'intervento in caso di sterilizzazione.
Trattamenti dentari	<p>Cure dentarie 75%, max CHF 500.-/anno civile</p> <p>Ortopedia dento-facciale per gli assicurati fino all'età di 18 anni: 75%, max CHF 3000.-/anno civile</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Assunzione dei costi di: <ul style="list-style-type: none"> – trattamenti dentari eseguiti da un medico dentista diplomato; – controllo dentistico preventivo annuo; – corone, ponti e protesi; – laboratorio. – Per gli assicurati fino all'età di 18 anni compiuti, la copertura d'assicurazione si estende alle cure di ortopedia dento-facciale. – 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 dodici mesi di adesione negli altri casi. – Per gli altri trattamenti dentari (compresa l'ortopedia dento-facciale), le prestazioni d'assicurazione sono corrisposte al più presto dopo tre mesi d'adesione. – La tariffa ufficiale LAINF (nomenclatura e valore di punto) è determinante per calcolare le prestazioni assunte; un'eventuale maggiorazione non può superare il 50%.
Prevenzione e attività sportiva	<p>50%, max CHF 500.-/anno civile</p> <p>90%, max CHF 200.-/anno civile</p>	<p>Prevenzione</p> <ul style="list-style-type: none"> – Assunzione dei costi delle seguenti misure preventive: <ul style="list-style-type: none"> – scuola della schiena, – fitness, – sessioni di allenamento a scopo di riabilitazione sotto la guida di un istruttore sportivo appositamente formato, – consulenza dietetica (CHF 50.- per seduta, max tre consulenze in tre anni), – disintossicazione da tabacco o da alcol. – L'assicuratore dispone di una lista dei centri/fornitori di prestazioni riconosciuti. <p>Attività sportive e abbonamenti sportivi annuali</p> <ul style="list-style-type: none"> – Assunzione dei costi di iscrizione a un club sportivo o di abbonamenti annuali per la piscina e lo sci. – L'assicuratore dispone di una lista delle discipline sportive riconosciute.
Groupe Mutuel Assistance	Secondo quanto dettagliato nelle condizioni generali d'assicurazione di Groupe Mutuel Assistance	<ul style="list-style-type: none"> – Assunzione delle 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).

Art. 6 Liste dei fornitori di prestazioni

1. Le liste dei fornitori di prestazioni riconosciuti 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. Ai sensi dell'articolo 23 CGC, l'assicuratore può modificare tali liste in qualunque momento.

Art. 7 Franchigia

Gli assicurati possono scegliere tra le seguenti varianti:

- a. senza franchigia annua,
- b. franchigia annua di CHF 200.–.

Art. 8 Premi

1. I premi sono uniformi per uomini e donne.
2. La persona assicurata che, durante l'anno, raggiunge l'età massima della propria classe d'età è automaticamente trasferita nella classe d'età superiore all'inizio dell'anno civile successivo. Le classi d'età determinanti sono le seguenti:
 - da 0 a 15 anni;
 - da 16 a 18 anni;
 - da 19 a 25 anni;
 - dal 26° anno di età e fino a 85 anni, le classi di età si scaglionano in gruppi di cinque anni.
3. Un cambiamento di classe d'età comporta in genere un adeguamento automatico del premio.

Art. 9 Riduzione famiglia

1. Una riduzione famiglia può essere applicata sul premio dei bambini fino a 18 anni, se il bambino e almeno uno dei genitori hanno sottoscritto l'assicurazione Premium.
2. La riduzione famiglia decade 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.

Condizioni particolari dell'assicurazione di cure complementari Optimum

SO

SOGA01-I1 – edizione 01.09.2023

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 dell'assicurazione Optimum è di fornire agli assicurati prestazioni specifiche in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (qui di seguito AOMS) secondo la legge sull'assicurazione malattie (LAMal).

Art. 2 Rischi coperti

Le prestazioni sono erogate in caso di malattia, d'infortunio e di maternità.

Art. 3 Condizioni d'adesione

Qualsiasi persona domiciliata in Svizzera può sottoscrivere l'assicurazione Optimum, senza limiti d'età.

Art. 4 Diritto alle prestazioni e limitazioni

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 computate sull'anno successivo.
2. Se un trattamento medico o una terapia di medicina alternativa non è più giustificato/a dal punto di vista medico e non apporta più miglioramenti terapeutici, l'assicuratore informa l'assicurato della riduzione o della cessazione dell'erogazione delle prestazioni.
3. Nei limiti previsti nelle presenti condizioni particolari 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 debitamente autorizzata e riconosciuta dall'assicuratore.

4. Per le prestazioni «cure di convalescenza e cure termali», «assistenza domiciliare» e «spese di collocamento», la persona assicurata deve prima far pervenire all'assicuratore una richiesta di assunzione dei costi.
5. L'assicurazione disciplinata dalle presenti disposizioni non può in alcun caso coprire le franchigie e le aliquote dell'AOMS.
6. La copertura assicurativa assume tuttavia le partecipazioni legali estere nell'ambito di una cura effettuata al di fuori della Svizzera, in applicazione dell'accordo sulla libera circolazione delle persone UE/AELS o di altre convenzioni internazionali di sicurezza sociale e a condizione che la legge del paese in questione non lo vieti.

Art. 5 Prestazioni assicurate

	Assunzione	Descrizione
Medicinali limitati e fuori lista	90%	<ul style="list-style-type: none"> Medicinali non rimborsati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), prescritti da un medico, da un fornitore di cure riconosciuto ai sensi della LAMal o da un terapeuta di medicina alternativa riconosciuto dall'assicuratore. Esclusioni: prodotti che figurano nell'elenco dei preparati farmaceutici per applicazioni speciali (EPFA). L'assicuratore dispone di una lista dei terapeuti di medicina alternativa riconosciuti.
Consegna dei medicinali a domicilio	Assunzione dei costi di spedizione	<ul style="list-style-type: none"> Assunzione dei costi di spedizione dei medicinali rilasciati con prescrizione medica.
Medicina alternativa	75%, max CHF 3000.– per anno civile di cui max CHF 500.–/anno civile per i massaggi	<ul style="list-style-type: none"> Terapie riconosciute dall'assicuratore effettuate da un medico diplomato o da uno specialista in terapie naturali riconosciuto dall'assicuratore. L'assicuratore dispone di una lista delle terapie e dei terapeuti riconosciuti e si riserva di escludere in qualunque momento determinati terapeuti.
Cure di convalescenza e cure termali	90%, max 30 giorni/anno civile	<ul style="list-style-type: none"> Spese di cura e di pensione in caso di cure di convalescenza in Svizzera a seguito di un'ospedalizzazione, nei centri riconosciuti 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. A pena di decadenza del diritto alle prestazioni, una richiesta d'assunzione dei costi e la ricetta medica devono essere trasmesse all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura. L'assicuratore dispone di una lista dei centri riconosciuti.
Occhiali da vista e lenti a contatto	Occhiali e lenti a contatto <ul style="list-style-type: none"> bambini fino a 18 anni, CHF 100.–/anno civile adulti dai 19 anni, CHF 250.–/tre anni 	<ul style="list-style-type: none"> L'importo previsto per l'acquisto di occhiali da vista o di lenti a contatto che non sono assunti/e dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
Mezzi ausiliari	90%, max CHF 2000.–/anno civile	<ul style="list-style-type: none"> 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.
Mammografie ed ecografie	90%	<ul style="list-style-type: none"> I costi delle mammografie e delle ecografie che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
Esami ginecologici preventivi	90%	<ul style="list-style-type: none"> I costi degli esami ginecologici preventivi che non sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
Vaccini	90%	<ul style="list-style-type: none"> I costi per i vaccini non coperti dall'AOMS. I costi per i vaccini raccomandati dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) in caso di partenza all'estero, riconosciuti da Swissmedic.
Test di prevenzione HIV	90%	<ul style="list-style-type: none"> I costi dei test di prevenzione HIV quando prescritti ed effettuati da fornitori riconosciuti ai sensi della LAMal.
Check-up	90%, max CHF 1200.–/tre anni	<ul style="list-style-type: none"> I costi dei check-up effettuati da un medico. Il check-up include: <ul style="list-style-type: none"> una consultazione con un esame esteso (altezza, peso, pressione sanguigna, consigli e promozione della salute) un elettrocardiogramma a riposo e sotto sforzo, una radiografia del torace, uno stato delle urine, analisi ematologiche e chimiche, del glucosio e del colesterolo, un esame della pelle.
Spese di trasporto, ricerca e soccorso	90% (trasporti) 90%, max CHF 75000.–/anno civile (ricerca e soccorso)	<ul style="list-style-type: none"> 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.
Psicoterapia	90%, max CHF 500.–/anno civile	<ul style="list-style-type: none"> I costi delle terapie non assunte dall'AOMS ed effettuate da psicoterapeuti non medici e da psicologi indipendenti riconosciuti dall'assicuratore. L'assicuratore dispone di una lista delle associazioni riconosciute.
Correzione delle cicatrici e delle orecchie sporgenti	80%, max CHF 3000.–/anno civile	<ul style="list-style-type: none"> Assunzione dei costi per la correzione delle cicatrici Per i bambini fino a diciotto anni compiuti, assunzione dei costi per la correzione delle orecchie sporgenti. Questa copertura si estende anche alle conseguenze di malattie e infortuni già esistenti al momento della stipula del contratto.

	Assunzione	Descrizione
Assistenza domiciliare, spese di collocamento, spese di accompagnamento e custodia di bambini malati a domicilio	90% max CHF 2500.-/anno civile di cui CHF 250.-/anno civile per la custodia di bambini malati a domicilio	<ul style="list-style-type: none"> - 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 presso un'azienda o un'organizzazione e che si occupi dei lavori domestici e della pulizia della casa quotidiana al posto della persona assicurata, a seguito di un'ospedalizzazione a causa di malattia o d'infortunio (la maternità è esclusa). Tutte le altre spese (grandi pulizie ecc.) sono escluse. - I costi di collocamento temporaneo dei componenti della famiglia che vivono nella stessa economia domestica con l'assicurato e dipendono da lui a causa dell'età o dello stato di salute, durante il periodo in cui quest'ultimo deve, per motivi medici, essere ospedalizzato o subire un intervento chirurgico ambulatoriale. Il collocamento temporaneo dei componenti della famiglia deve avvenire in una struttura d'accoglienza ufficiale (unità di accoglienza temporanea, asilo nido, centro diurno e/o notturno). - In caso di ospedalizzazione dell'assicurato, l'assicuratore assume i costi di occupazione di un letto d'ospedale da parte di un componente della famiglia, a condizione che tale misura sia giustificata dal punto di vista medico. - 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 il bambino assicurato è malato e se i genitori esercitano un'attività professionale fuori casa. <p>L'assicurato deve richiedere l'accordo preliminare dell'assicuratore.</p>
Secondo parere	90%	<ul style="list-style-type: none"> - Costi derivanti da un secondo parere medico fornito da un medico prima di un'ospedalizzazione. La dicitura «secondo parere» deve figurare nella fattura.
Pasti a domicilio dopo un'ospedalizzazione o un intervento chirurgico ambulatoriale	CHF 20.-/giorno, max 30 giorni/anno civile	<ul style="list-style-type: none"> - Assunzione dei costi dei pasti a domicilio forniti a titolo professionale da un centro, un'azienda o un ente e su prescrizione medica.
Upgrade di comfort, spese d'alloggio in albergo, di trasporto o di parcheggio in caso di intervento chirurgico ambulatoriale	CHF 150.-/anno civile	<ul style="list-style-type: none"> - Se l'assicurato si sottopone a un intervento chirurgico ambulatoriale, l'assicuratore assume i seguenti costi: <ul style="list-style-type: none"> - upgrade fatturato dalla struttura del luogo in cui si svolge l'intervento chirurgico ambulatoriale; - pernottamento dell'assicurato e dei suoi accompagnatori in una struttura ospedaliera o alberghiera per la notte precedente e/o successiva al trattamento; - trasporto dell'assicurato tra il suo domicilio e il fornitore di cure in questione (andata e/o ritorno con mezzi pubblici o taxi); - spese di parcheggio.
Trattamenti dentari	75%, max CHF 150.-/anno civile	<ul style="list-style-type: none"> - Assunzione dei costi di: <ul style="list-style-type: none"> - trattamenti dentari eseguiti da un medico dentista diplomato; - controllo dentistico preventivo annuo; - corone, ponti e protesi; - laboratorio. - I costi delle cure di ortopedia dento-facciale non sono assunti. - La tariffa ufficiale LAINF (nomenclatura e valore di punto) è determinante per calcolare le prestazioni assunte; un'eventuale maggiorazione non può superare il 50%.
Prevenzione e attività sportive	50%, max CHF 200.-/anno civile	<p>Misure di allenamento fisico</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assunzione dei costi delle seguenti misure: <ul style="list-style-type: none"> - fitness, - scuola della schiena, - sessioni di allenamento a scopo di riabilitazione sotto la guida di un istruttore sportivo appositamente formato. - L'assicuratore dispone di una lista dei centri/fornitori di prestazioni riconosciuti. <p>Attività sportive</p> <ul style="list-style-type: none"> - Assunzione dei costi della quota di socio attivo di un club sportivo. - L'assicuratore dispone di una lista delle discipline sportive riconosciute. <p>Altre misure di prevenzione</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'assicuratore dispone di una lista delle altre misure di prevenzione riconosciute.
Groupe Mutuel Assistance	Secondo quanto dettagliato nelle condizioni generali d'assicurazione di Groupe Mutuel Assistance	<ul style="list-style-type: none"> - Assunzione delle 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).

Art. 6 Lista dei fornitori di prestazioni, terapie e attività

1. Le liste dei fornitori di prestazioni, delle terapie, delle attività sportive e delle altre misure di prevenzione riconosciuti 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. Ai sensi dell'articolo 23 CGC, tali liste possono essere modificate in qualsiasi momento dall'assicuratore. Tale modifica delle liste non fa scaturire alcun diritto di disdetta per il contraente.

Art. 7 Franchigia

Gli assicurati possono scegliere tra le seguenti varianti:

- a. senza franchigia annua;
- b. franchigia annua di CHF 150.–.

Art. 8 Premi

1. La persona assicurata che, durante l'anno, raggiunge l'età massima della propria classe d'età è automaticamente trasferita nella classe d'età superiore all'inizio dell'anno civile successivo. Le classi d'età determinanti sono le seguenti:
 - da 0 a 15 anni;
 - da 16 a 18 anni;
 - da 19 a 25 anni;
 - da 26 anni e fino a 85 anni, le classi d'età sono scaglionate in gruppi di cinque anni.
2. Un cambiamento di classe d'età comporta in genere un adeguamento automatico del premio.

Art. 9 Riduzione famiglia

1. Una riduzione famiglia può essere applicata sul premio dei figli fino a 18 anni se loro e almeno uno dei loro genitori hanno sottoscritto l'assicurazione Optimum.
2. La riduzione famiglia è abolita non appena le condizioni di attribuzione definite nel capoverso 1 non sono più adempiute.
3. In virtù dell'articolo 26a cpv. 2 let. d 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.

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Vitalis

SP

SPGA01-I8 – edizione 01.07.2000

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 Condizioni d'affiliazione

Qualsiasi persona può aderire all'assicurazione Vitalis fino al giorno in cui avrà compiuto 60 anni.

Art. 2 Diritto alle prestazioni

Le prestazioni coperte da questa categoria d'assicurazione sono assunte in complemento a quelle dell'assicurazione obbligatoria delle cure. L'assicurazione Vitalis accorda le prestazioni seguenti con riserva degli importi definiti dalle presenti condizioni particolari:

- le cure termali o di convalescenza;
- l'aiuto domiciliare;
- le spese di trasporto e di salvataggio;
- i mezzi ausiliari;
- i mezzi di prevenzione;
- le cure palliative.

Art. 3 Cure termali e di convalescenza

- Le cure termali e le cure per la guarigione completa di una malattia o per la convalescenza di malattie gravi sono rimborsate agli assicurati in ragione di Fr. 50.– al giorno, ma al massimo Fr. 1'500.– per anno civile e a condizione che siano necessarie dal punto di vista medico.
- Le cure termali e di convalescenza devono essere effettuate in Svizzera in centri termali o centri di cura o case di cura per convalescenti con servizio medico e riconosciuti dall'assicuratore e da «santésuisse».
- Almeno 20 giorni prima della cura deve essere indirizzata all'assicuratore una domanda scritta, insieme ad un certificato medico.

Art. 4 Aiuto domiciliare

- Se, a causa di una malattia o di un infortunio assicurato, è necessaria – dal punto di vista medico – l'assistenza o l'assunzione di una persona, l'assicuratore copre il 50% delle spese fatturate, ma al massimo Fr. 500.– per anno civile.
- Ai sensi del presente regolamento è considerato aiuto domiciliare il lavoro svolto da una persona che fa parte di un'organizzazione ufficiale (per esempio centri medico-sociali), la quale è incaricata di svolgere le faccende al posto dell'assicurato.

Art. 5 Spese di trasporto e di salvataggio

- È assunto l'80% delle spese concernenti i trasporti d'urgenza e di salvataggio, necessari dal punto di vista medico, fino al medico o all'ospedale più vicino, ma al massimo Fr. 2'500.– per anno civile.
- È assunto l'80% delle spese di salvataggio, ma al massimo Fr. 2'500.– per anno civile.
- È assunto l'80% delle spese di trasporto, necessario dal punto di vista medico, per permettere di dispensare le cure presso un centro ospedaliero, ma al massimo Fr. 2'500.– per anno civile.

- I trasporti di cui sopra dovranno essere effettuati da organizzazioni autorizzate a praticare a livello cantonale e riconosciute dall'assicuratore.

Art. 6 Mezzi ausiliari

- Sono assunte le spese per l'acquisto di mezzi ausiliari necessari dal punto di vista medico, ma al massimo Fr. 300.– per anno civile.
- Per il rimborso è determinante la lista dei mezzi ausiliari stilata dall'assicuratore.

Art. 7 Mezzi di prevenzione

L'assicuratore assume:

- le spese effettive di vaccinazioni necessarie in caso di soggiorno all'estero;
- i trattamenti preventivi (check-up) dispensati da un medico riconosciuto in ragione di una volta per anno civile;
- i corsi di ginnastica correttiva dispensati da centri o associazioni riconosciuti dai cantoni o dall'assicuratore fino a concorrenza di Fr. 200.– per anno civile.

Art. 8 Cure palliative

- L'assicuratore versa un contributo per le cure palliative, cioè l'insieme delle cure mediche e infermieristiche destinate alle persone in fin di vita e dispensate a domicilio da personale debitamente qualificato e che lavora sotto la responsabilità di un'istituzione riconosciuta dall'assicuratore.
- Una domanda dovrà essere prima indirizzata all'assicuratore, il quale determinerà per ogni caso il contributo da versare. L'importo sarà determinato tenendo conto dell'insieme dei costi relativi ai trattamenti che permettono di curare il paziente a domicilio. Detto importo può raggiungere il 90% delle spese ospedaliere corrispondenti al caso cronico o acuto in camera comune dell'ospedale di riferimento del cantone di domicilio dell'assicurato.

Art. 9 Partecipazione ai costi

Una partecipazione ai costi del 10% è a carico dell'assicurato per i mezzi ausiliari, per le cure termali e di convalescenza, come pure per i trattamenti per la prevenzione. Per tutte le altre prestazioni non viene riscossa alcuna partecipazione.

Art. 10 Carattere economico del trattamento

Sono contrari al carattere economico del trattamento gli atti medici e altri che oltrepassano la cura necessaria per l'interesse dell'assicurato e lo scopo del trattamento. L'assicuratore si riserva il diritto di ridurre le prestazioni qualora lo ritenesse giustificato.

Art. 11 Premio

Il premio è uguale per tutti gli assicurati.

Art. 12 Concorrenza tra categorie d'assicurazione

Se le prestazioni previste dalle assicurazioni delle cure complementari (SC), come le cure termali e di convalescenza, gli aiuti a domicilio, le spese di trasporto e di salvataggio, i mezzi ausiliari e i mezzi di prevenzione (vaccini e test Elisa o HIV), sono in concorrenza con le prestazioni dell'assicurazione Vitalis (SP), quest'ultima interviene in priorità.

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare di cure Alternativa

SA

SAGA01-I8 – edizione 01.02.2022

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 Scopo dell'assicurazione

Lo scopo dell'assicurazione è di fornire alle persone assicurate prestazioni specifiche in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la legge sull'assicurazione malattie (LAMal).

Art. 2 Condizioni d'adesione

Qualsiasi persona domiciliata in Svizzera può sottoscrivere l'assicurazione Alternativa senza limiti d'età.

L'assicurazione è stipulata almeno per un periodo d'assicurazione secondo l'articolo 12 delle condizioni generali d'assicurazione. Si rinnova poi tacitamente da un anno civile all'altro.

Art. 3 Disdetta

Alla fine di un periodo d'assicurazione, la persona contraente può disdire il contratto per la fine di un anno civile con un preavviso di tre mesi.

Art. 4 Rischi coperti

Le prestazioni sono erogate in caso di malattia, d'infortunio e di maternità.

Art. 5 Prestazioni assicurate

L'assicuratore assume i costi delle terapie sotto elencate, se praticate da medici riconosciuti ai sensi della LAMal.

Prima di qualsiasi trattamento, la persona assicurata è tenuta ad informarsi se il medico presso cui si farà curare fa parte di quelli riconosciuti dall'assicuratore.

1. Lista delle terapie ammesse

Naturopatia:

agopuntura, auricoloterapia, biorisonanza, elettroagopuntura, omeopatia, magnetoterapia, medicina tradizionale cinese, fitoterapia, terapia neurale.

Tecniche di massaggio:

etiopatia, medicina antroposofica, mesoterapia, ortobionomia, osteopatia, training autogeno.

Psicoterapia:

biodinamica, ipnosi medica, rebirthing, sofrologia, EMDR (Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari).

L'assicuratore rimborsa l'80% dei costi dei trattamenti effettuati secondo le terapie sopra elencate.

2. Medicinali limitati e fuori lista

I medicinali limitati e fuori lista prescritti nell'ambito delle venti terapie sopra indicate sono rimborsati all'80% fino a un importo massimo di Fr. 2'000.– l'anno.

Sono detti limitati o fuori lista i medicinali riconosciuti da Swissmedic che non figurano né nell'Elenco dei preparati farmaceutici per applicazioni speciali (EPFA), né nell'Elenco delle specialità (ES) o che figurano nell'ES, ma sono prescritti per un'indicazione diversa da quella per cui esiste una limitazione.

Sono esclusi i medicinali che figurano nell'EPFA.

Art. 6 Diritto alle prestazioni

1. La persona assicurata ha diritto alle prestazioni dall'entrata in vigore del contratto d'assicurazione.
2. Le prestazioni sono erogate in funzione delle date di cura. Le spese sostenute dopo aver estinto i propri diritti (prestazioni con limite di importo) non possono essere riportate all'anno successivo.

Art. 7 Premi

La persona assicurata che durante l'anno raggiunge l'età massima della sua classe d'età è automaticamente trasferita nella classe superiore all'inizio dell'anno civile successivo. Le classi di età determinanti sono le seguenti:

- da 0 a 18 anni
- da 19 a 25 anni
- da 26 a 71 anni, le classi di età si suddividono in fasce di cinque anni.

Art. 8 Riduzione di abbinamento

1. Se determinate prestazioni sono altresì coperte da altri prodotti d'assicurazione complementare sottoscritti presso l'assicuratore, può essere concessa una riduzione d'abbinamento sul premio dell'assicurazione Alternativa.
2. I prodotti d'assicurazione complementare che danno diritto a una riduzione di abbinamento sono indicati nei documenti d'informazione precontrattuale consegnati alla persona proponente conformemente all'articolo 3 LCA.
3. La riduzione d'abbinamento è abolita non appena le condizioni di attribuzione definite nel capoverso 1 non sono più adempiute.
4. L'assicuratore può modificare o abolire tali riduzioni conformemente all'articolo 29 delle CGC.

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione

HC

HCGA01-I9 – edizione 01.01.2014

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 Scopo dell'assicurazione

Quest'assicurazione copre le conseguenze economiche della malattia, dell'infortunio e della maternità.

Art. 2 Classi d'assicurazione

L'assicurazione complementare d'ospedalizzazione comprende quattro classi d'assicurazione:

Classe 1

reparto comune di un centro ospedaliero svizzero in cure generali o psichiatriche, per i malati di tipo acuto.

Classe 2

reparto semiprivato di un centro ospedaliero svizzero (camera con due letti) in cure generali o psichiatriche, per i malati di tipo acuto.

Classe 3

reparto privato di un centro ospedaliero svizzero (camera con un letto) in cure generali o psichiatriche, per i malati di tipo acuto.

Classe 4

reparto privato di un centro ospedaliero in tutto il mondo (camera con un letto) in cure generali o psichiatriche, per i malati di tipo acuto.

Art. 3 Franchigie

Gli assicurati delle classi d'assicurazione 2, 3 e 4 hanno la possibilità di scegliere le seguenti franchigie:

- a. Fr. 1'000.– per anno civile
- b. Fr. 3'000.– per anno civile

Art. 4 Condizioni d'affiliazione

Qualsiasi persona può aderire all'assicurazione complementare d'ospedalizzazione fino al giorno in cui compie 60 anni.

Art. 5 Decorrenza del diritto alle prestazioni

1. Il diritto alle prestazioni dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione nasce a decorrere dalla data d'entrata in vigore confermata nella polizza d'assicurazione.
2. Per le prestazioni di maternità è previsto un termine di carenza conformemente all'articolo 7 delle presenti condizioni d'assicurazione.

Art. 6 Prestazioni assicurate

1. In generale

In caso d'ospedalizzazione, l'assicuratore assume le spese di trattamento e la diaria ospedaliera conformemente alla classe d'assicurazione scelta. Le prestazioni di questa categoria d'assicurazione sono erogate in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure.

2. Ospedalizzazione in un altro reparto

Se un assicurato della classe 1 o 2 è degente in un reparto superiore alla sua classe d'assicurazione, sono versate al massimo le seguenti prestazioni:

Classe 1: Fr. 100.– al giorno come diaria ospedaliera e Fr. 5'000.– per anno civile per spese di trattamento;

Classe 2: 80% della diaria ospedaliera e delle spese di trattamento.

3. Ospedalizzazione all'estero

Se l'assicurato si ammala o è vittima di un infortunio all'estero ed è quivi ospedalizzato, l'assicuratore gli versa, nei limiti del gruppo di prestazioni scelto e al massimo durante 60 giorni per anno civile, le seguenti prestazioni:

- a. Classe 1: massimo Fr. 500.– al giorno;
- b. Classe 2: massimo Fr. 1'000.– al giorno;
- c. Classe 3: massimo Fr. 1'500.– al giorno;
- d. Classe 4: massimo Fr. 3'000.– al giorno.

A meno che non ci sia una previa autorizzazione dell'assicuratore, i trattamenti volontari all'estero non sono assunti.

Art. 7 Copertura delle prestazioni in caso di maternità

1. Le prestazioni dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione in caso di maternità e di parto sono erogate dopo una durata di copertura di 12 mesi.
2. In caso d'interruzione di gravidanza ai sensi della legge e per qualsiasi altra prestazione in relazione con la maternità, è applicabile il termine di carenza previsto al capoverso 1.
3. Per un parto che comporti una degenza ospedaliera inferiore a sei giorni nei reparti semiprivati o privati, l'assicuratore versa alle assicurate delle classi 2, 3 e 4 un importo di Fr. 200.– per giorno d'ospedalizzazione evitato. L'importo di cui sopra non viene versato in caso di degenze ospedaliere alle quali è applicata una fatturazione forfettaria globale. È riservato il capoverso 1.
4. In caso di parto ambulatoriale o a domicilio, l'assicurata della classe 2 riceve un importo di Fr. 800.– e quella delle classi 3 e 4 Fr. 1'200.– con riserva del capoverso 1.
5. Se l'assicurata è degente 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 quest'ultimo sia anche assicurato presso l'assicuratore. Le spese personali non sono coperte. È riservato il capoverso 1.

Art. 8 Prestazioni e durata delle prestazioni

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

- a. L'assicuratore assume i costi dei trattamenti riconosciuti dalla LAMal, le diarie ospedaliere e gli onorari dei medici, secondo la convenzione o la regolamentazione cantonale in materia di tariffe o qualsiasi altra convenzione accordata dall'assicuratore.
- b. Se un assicurato è degente in un centro ospedaliero con il quale l'assicuratore non ha stipulato un accordo tariffario nel campo delle spese di vitto e alloggio e delle spese di trattamento (onorari medici compresi), gli saranno conces-

se, nel limite del gruppo di prestazioni scelto, le seguenti prestazioni massime:

- Classe 1: Fr. 200.– al giorno
- Classe 2: Fr. 400.– al giorno
- Classe 3 o 4: Fr. 600.– al giorno

L'articolo 6 cpv. 2 non è applicabile.

- c. L'assicuratore può limitare o escludere il versamento delle prestazioni dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione in alcuni centri ospedalieri, reparti o cliniche che non rispettano le norme previste alla lettera a del presente articolo. Una lista è a disposizione degli assicurati.
- d. Nell'ambito della presente assicurazione, non si ha copertura assicurativa in caso di trapianti di organi per i quali la Federazione svizzera per compiti comuni degli assicuratori malattia di Soletta (SVK) ha concluso dei forfait per caso. Questa regola vale pure per i centri ospedalieri per i quali non è stato convenuto alcun forfait.
- e. Per le quattro classi quando la malattia non è più considerata di tipo acuto, il diritto alle prestazioni si estingue.
- f. Dopo 60 giorni d'ospedalizzazione, nel corso di un anno civile, in un centro per cure psichiatriche, le prestazioni dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione non sono più versate.
- g. Per gli assicurati delle classi 2, 3 e 4, dopo 90 giorni d'ospedalizzazione nel corso di un anno civile, le prestazioni dell'assicurazione complementare non sono più versate. La durata delle prestazioni dispensate all'estero o in un istituto per cure psichiatriche (60 giorni) è computata nei 90 giorni precitati.

Art 9 Pagamento delle prestazioni

1. Per ottenere il pagamento delle prestazioni dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione, l'assicurato deve presentare la fattura del centro ospedaliero e l'onorario del medico. L'assicurato autorizza il medico di fiducia dell'assicuratore a chiedere al medico curante la diagnosi od ogni altra utile informazione atta a determinare il diritto alle prestazioni.
2. Il pagamento è fatto all'assicurato, sempre che l'assicuratore, nell'ambito di una convenzione, non versi le prestazioni direttamente al centro ospedaliero.

Art. 10 Doveri dell'assicurato

Prima di ogni ospedalizzazione, l'assicurato è tenuto ad informarsi se il centro ospedaliero, il reparto o la clinica presso cui si farà curare, fanno parte dei centri riconosciuti dall'assicuratore.

Art. 11 Premio

1. 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 seguente. Le classi d'età determinanti sono le seguenti:
 - minorenni: 0-18 anni;
 - adulti: 19-25 anni;
 - dal 26° anno, le classi d'età sono scaglionate in gruppi di 5 anni.
2. Il tariffario dei premi tiene conto dell'età d'entrata nell'assicurazione.

Art. 12 Misure di risparmio

1. Quando un assicurato rinuncia di sua spontanea volontà o su proposta dell'assicuratore ad una degenza nel reparto semiprivato o privato per il reparto comune o comfort, l'assicuratore può versare un'indennità fino al 50% delle spese risparmiate e stimate dall'assicuratore, ma al massimo Fr. 5'000.– per ospedalizzazione.
2. In caso di parto ambulatoriale o a domicilio, sono applicabili solo le disposizioni dell'articolo 7 capoverso 4.

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare in caso d'ospedalizzazione H-Bonus

HB

HBGA01-I4 – edizione 01.01.2014

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 Scopo dell'assicurazione

1. L'assicurazione H-Bonus assume i costi delle cure, le spese di degenza e gli onorari dei medici in caso d'ospedalizzazione nel reparto comune, semiprivato o privato.
2. La persona assicurata sceglie il reparto ospedaliero nel quale desidera essere curata, al massimo il giorno in cui è ammessa in ospedale.
3. Le prestazioni sono erogate in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal (qui di seguito AOCMS).
4. Il sistema di bonus consente all'assicurato di ridurre il proprio premio se non ha usufruito di prestazioni d'assicurazione per un'ospedalizzazione nel reparto semiprivato o privato.

Art. 2 Condizioni d'affiliazione

Chiunque può aderire all'assicurazione complementare H-Bonus fino ai 60 anni.

Art. 3 Rischi coperti

Le prestazioni del prodotto H-Bonus sono garantite in caso di malattia, d'infortunio o di maternità.

Art. 4 Prestazioni assicurate

1. Scelta del reparto e partecipazione dell'assicurato
In caso d'ospedalizzazione (ricovero superiore a 24 ore), per degenze esclusivamente:
 - in un centro ospedaliero di cure acute,
 - in un centro di cure psichiatriche o
 - in un centro di riabilitazione,l'assicurato può scegliere il reparto ospedaliero e assume le seguenti partecipazioni.

Reparto scelto	Partecipazione dell'assicurato
Reparto comune	Fr. 0.–
Reparto semiprivato	Fr. 100.– al giorno, massimo 30 giorni per anno civile
Reparto privato	Fr. 200.– al giorno, massimo 20 giorni 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 ospedalizzazioni, l'assicurato sceglie entrambi i reparti semiprivato e privato, l'importo massimo che l'assicurato deve assumere equivale al limite annuo massimo del reparto privato, vale a dire Fr. 4'000.–.

2. Copertura delle prestazioni in caso di maternità
 - a. Le prestazioni dell'assicurazione H-Bonus in caso di maternità e di parto sono erogate dopo una durata di copertura di 12 mesi.
 - b. In caso d'interruzione di gravidanza ai sensi della LAMal e per qualsiasi altra prestazione in relazione

con la maternità, è applicabile il termine di carenza previsto alla lettera a.

- c. Nell'ambito di un parto coperto, l'assicuratore assume altresì le spese di degenza del neonato in buona salute durante l'ospedalizzazione della madre, purché anche quest'ultimo sia assicurato presso l'assicuratore.

Art. 5 Portata delle prestazioni

1. Per usufruire delle prestazioni dell'assicurazione H-Bonus, i centri ospedalieri devono essere riconosciuti ai sensi della legge sull'assicurazione malattie LAMal (ospedali catalogati) o aver firmato una convenzione tariffaria con il Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA per i reparti corrispondenti.
2. L'assicuratore assume esclusivamente i costi delle cure riconosciute dalla LAMal, le spese di degenza in ospedale e gli onorari dei medici, in base alla convenzione firmata con l'assicuratore o alla regolamentazione tariffaria cantonale.
3. Nell'ambito della presente assicurazione, non si ha copertura assicurativa in caso di trapianti di organi per i quali la Federazione svizzera per compiti comuni degli assicuratori malattia di Soletta (SVK) ha concluso dei forfait per caso (dato che tali spese sono assunte dall'AOCMS).
4. In caso di emergenza, e fintanto che l'assicurato non è in grado di scegliere il reparto ospedaliero, l'assicuratore garantisce esclusivamente le prestazioni nel reparto comune.

Art. 6 Durata delle prestazioni

1. 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. In caso di ricovero per cure psichiatriche, il diritto alle prestazioni è limitato a 90 giorni per anno civile.
3. In caso di ricovero per riabilitazione, il diritto alle prestazioni è limitato a 90 giorni per anno civile.

Art. 7 Ospedalizzazione all'estero

1. In caso d'emergenza, 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.
2. I trattamenti volontari all'estero sono rimborsati solo previa autorizzazione dell'assicuratore.

Art. 8 Doveri dell'assicurato in caso d'ospedalizzazione

Per non perdere il proprio diritto alle prestazioni, 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.

Art. 9 Diritto alle prestazioni

1. L'assicurato ha diritto alle prestazioni dall'entrata in vigore del contratto d'assicurazione, con riserva dell'articolo 4.2 lettere a e b.
2. Le prestazioni vengono imputate in funzione delle date di cura sugli importi e sulle durate massime delle prestazioni per anno civile. Le spese posteriori all'esaurimento dei diritti non possono essere riportate sull'anno successivo.
3. L'assicurazione disciplinata dalle presenti disposizioni non può in alcun caso servire alla copertura di aliquote e franchigie legali relative all'assicurazione obbligatoria delle cure e alle altre assicurazioni complementari.

Art. 10 Pagamento delle prestazioni

1. Per ottenere il pagamento delle prestazioni dell'assicurazione H-Bonus, l'assicurato deve presentare la fattura del centro ospedaliero e l'onorario del medico. L'assicurato autorizza il medico di fiducia dell'assicuratore a richiedere al medico curante la diagnosi o qualsiasi altra informazione utile atta a determinare il diritto alle prestazioni.
2. Il pagamento è effettuato all'assicurato, sempre che l'assicuratore, nell'ambito di una convenzione, non versi le prestazioni direttamente al centro ospedaliero.

Art. 11 Livello di premi (sistema di bonus)

1. Per l'anno civile dell'affiliazione, si applica il livello di premi 0.
2. Esistono i seguenti livelli di premi:

% del premio	Livello di premio
100	1
80	0

Art. 12 Variazione del livello dei premi

1. Se, nel corso di un periodo di riferimento, l'assicurato usufruisce di prestazioni relative a un'ospedalizzazione nel reparto semiprivato o privato di cui all'articolo 4.1, dall'anno civile successivo al periodo di riferimento il premio sarà calcolato in base al livello 1 (100% del premio) e sarà valido per tre anni. Se l'assicuratore riceve in ritardo la fattura del centro ospedaliero, il livello dei premi sarà rettificato successivamente.
2. Alla fine di tale periodo di tre anni, e a condizione che nessun altro caso d'ospedalizzazione nel reparto semiprivato o privato abbia comportato l'erogazione di prestazioni d'assicurazione, il premio dell'anno civile successivo è fissato in base al livello 0 (80% del premio).
3. Ogni nuovo caso d'ospedalizzazione nel reparto semiprivato o privato che dà diritto all'erogazione di prestazioni d'assicurazione fa ricominciare il termine di tre anni all'inizio dell'anno civile successivo al periodo di riferimento.
4. Il periodo di riferimento iniziale preso in considerazione per determinare la variazione del livello di premi inizia alla data d'entrata in vigore confermata nella polizza d'assicurazione e finisce il 30 giugno successivo.
5. I periodi di riferimento successivi sono di dodici mesi e vanno dal 1° luglio al 30 giugno.
6. Il primo giorno d'ospedalizzazione è determinante per l'attribuzione del periodo di riferimento.
7. In caso di molteplici fatture per uno stesso caso d'ospedalizzazione, è presa in considerazione soltanto la data del primo giorno d'ospedalizzazione.

Art. 13 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 successivo, 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 all'80° anno, le fasce d'età sono scaglionate in gruppi di cinque anni.
2. I premi tengono conto delle fasce d'età sopra indicate e dei livelli di premi.
3. Una modifica del livello di premi (secondo l'articolo 12) non è considerata come un adeguamento del premio che dà diritto alla disdetta del contratto ai sensi dell'articolo 29 delle Condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari (CGC).

Condizioni particolari dell'assicurazione Hôpital senior

HSGA01-I7 – edizione 01.11.2022

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 Scopo dell'assicurazione

1. Questa assicurazione copre le conseguenze economiche della malattia e dell'infortunio (maternità esclusa).
2. L'assicurazione assume i costi delle prestazioni in caso di ricovero ospedaliero in un ente per cure di tipo acuto, psichiatrico o di riabilitazione.

Art. 2 Classi dell'assicurazione

L'assicurazione Hôpital senior prevede quattro classi d'assicurazione.

Classe 1

Reparto comune con supplemento alberghiero per una camera con due letti in un ente ospedaliero svizzero riconosciuto dall'assicuratore per questa prestazione; le disposizioni degli enti ospedalieri sono riservate.

Cure mediche del reparto comune senza libera scelta del medico.

Classe 2

Reparto comune con supplemento alberghiero per una camera con un letto in un ente ospedaliero svizzero riconosciuto dall'assicuratore per questa prestazione; le disposizioni degli enti ospedalieri sono riservate.

Cure mediche del reparto comune senza libera scelta del medico.

Classe 3

Reparto semiprivato di un ente ospedaliero svizzero riconosciuto dall'assicuratore (camera con due letti).

Classe 4

Reparto privato di un ente ospedaliero svizzero riconosciuto dall'assicuratore (camera con un letto).

Art. 3 Franchigie

Gli assicurati delle classi d'assicurazione 3 e 4 hanno la possibilità di scegliere le seguenti franchigie:

- a. senza franchigia;
- b. CHF 2000.– per anno civile, con una riduzione del premio del 10%;
- c. CHF 5000.– per anno civile, con una riduzione del premio del 25%.

Art. 4 Condizioni d'adesione

Qualsiasi persona domiciliata in Svizzera può chiedere di aderire all'assicurazione Hôpital senior, senza limite d'età.

Art. 5 Prestazioni assicurate

1. Ospedalizzazione

1. Generalità

In caso d'ospedalizzazione, Hôpital senior assume i costi di cura (inclusi gli onorari medici) e le spese alberghiere (vitto e alloggio), conformemente alla classe d'assicurazione scelta.

Le prestazioni concesse da Hôpital senior sono erogate in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

2. Ospedalizzazione all'estero

Quando un assicurato si ammala o è vittima di un infortunio all'estero o necessita un'ospedalizzazione, l'assicuratore corrisponde per 60 giorni per anno civile al massimo, secondo la classe scelta, le seguenti prestazioni:

- a. Classe 1: CHF 500.– al giorno al massimo;
- b. Classe 2: CHF 500.– al giorno al massimo;
- c. Classe 3: CHF 1000.– al giorno al massimo;
- d. Classe 4: CHF 1500.– al giorno al massimo.

Salvo accordo preliminare dell'assicuratore, i trattamenti volontari all'estero non sono assunti.

3. Ospedalizzazione in un altro reparto

Se un assicurato della classe 3 è ospedalizzato nel reparto coperto dalla classe 4, è concessa la seguente prestazione massima: l'80% delle spese alberghiere e dei costi di cura.

2. Groupe Mutuel Assistance

L'assicuratore assume i costi delle prestazioni previste dalle condizioni generali dell'assicurazione Groupe Mutuel Assistance (rimpatrio e trasporto quando l'infortunio si verifica oltre un raggio di 20 chilometri dal domicilio dell'assicurato).

Art. 6 Estensione, durata e diritto alle prestazioni

Le prestazioni di Hôpital senior sono assunte con riserva delle seguenti disposizioni.

- a. L'assicuratore assume i costi delle cure riconosciute dalla LAMal, delle spese alberghiere in ospedale e degli onorari dei medici, conformemente al regolamento tariffale cantonale per il reparto comune o alla convenzione stipulata con l'assicuratore.
- b. L'elenco degli enti ospedalieri riconosciuti è disponibile sul sito Internet dell'assicuratore o può essere richiesto dalla persona assicurata. L'elenco valido al momento del trattamento è determinante. L'elenco può essere modificato in qualsiasi momento dall'assicuratore.
- c. Se un assicurato è ospedalizzato in un ente con il quale l'assicuratore non ha concluso alcun accordo tariffale nell'ambito delle spese alberghiere e dei costi di cura, verranno corrisposte, nei limiti del gruppo di prestazioni scelte, le prestazioni di ricovero ospedaliero effettivamente fatturate ai sensi dell'articolo 5 cpv. 1 delle presenti condizioni particolari, ma al massimo i seguenti importi:
Classi 1 e 2: CHF 200.– per notte d'ospedalizzazione
Classe 3: CHF 800.– per notte d'ospedalizzazione
Classe 4: CHF 1000.– per notte d'ospedalizzazione
L'articolo 5 capoverso 1 numero 3 non è applicabile.
- d. Nell'ambito della presente assicurazione, non esiste alcuna copertura assicurativa in caso di trapianti di organi per i quali la Federazione svizzera per compiti comuni degli assicuratori malattia a Soletta (SVK) ha stipulato dei forfait per ogni caso. Questa regola vale anche per gli enti ospedalieri per i quali nessun forfait è stato convenuto.
- e. Non appena il malato non viene più considerato di tipo acuto, il diritto alle prestazioni decade.

- f. Dopo 60 giorni di ospedalizzazione, nel corso di un anno civile, in un ente per cure psichiatriche, le prestazioni dell'assicurazione Hôpital senior non sono più corrisposte.
- g. Dopo 90 giorni di ospedalizzazione nel corso di un anno civile, le prestazioni di Hôpital senior non sono più corrisposte. La durata delle prestazioni fornite all'estero o in un ente per cure psichiatriche (60 giorni) viene imputata sui 90 giorni precitati.
- h. Le prestazioni vengono imputate in base alle date di trattamento per anno civile. I costi sostenuti dopo l'esaurimento dei diritti non possono essere riportati all'anno successivo.

Art. 7 Versamento delle prestazioni

- 1. Il versamento delle prestazioni dell'assicurazione avviene dietro presentazione della fattura dell'ente ospedaliero e del medico. L'assicurato autorizza il medico di fiducia dell'assicuratore a richiedere al medico la diagnosi o qualsiasi informazione utile per determinare il diritto alle prestazioni.
- 2. Il pagamento è effettuato all'assicurato, a meno che l'assicuratore, nell'ambito di una convenzione, non versi direttamente le prestazioni all'ente ospedaliero.

Art. 8 Doveri dell'assicurato

Prima di ogni ospedalizzazione, l'assicurato è tenuto a informarsi se l'ente, il reparto o la clinica dove si farà curare fa parte degli enti riconosciuti dall'assicuratore.

Art. 9 Premio

- 1. Il premio è fissato in base ad un indice progressivo variabile in base all'età dell'assicurato. L'indice è di 100 fino a 55 anni e aumenta di 7 punti per anno di età: l'età determinante è l'età compiuta nel corso dell'anno civile.
- 2. Il premio è identico sia per gli uomini che per le donne.

Art. 10 Misure di risparmio

Quando un assicurato delle classi 3 e 4 rinuncia di sua spontanea volontà o dietro proposta dell'assicuratore a una degenza nel reparto semiprivato o privato, per un reparto comune o confort, l'assicuratore può erogare un'indennità che può raggiungere il 50% delle spese risparmiate e stimate da quest'ultimo, ma un massimo di CHF 5'000.– per ospedalizzazione.

Condizioni particolari dell'assicurazione H-Capital

KH

KHGA02-I6 – edizione 01.02.2022

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 Scopo dell'assicurazione

Questa assicurazione copre le conseguenze economiche della malattia e dell'infortunio, ad eccezione della maternità.

Art. 2 Condizioni di adesione

1. Chiunque può aderire all'assicurazione «H-Capital», senza limite di età.
2. L'assicurazione entra in vigore all'inizio di ogni mese, ma al più presto tre mesi dopo la nascita della persona assicurata.

Art. 3 Diritto alle prestazioni

1. Il capitale in caso di ospedalizzazione è concesso nel caso di una degenza ospedaliera di tipo acuto, di una durata superiore a 24 ore o inferiore a 24 ore durante le quali un letto è occupato per una notte.
2. Il capitale è versato nel caso di:
 - un'ospedalizzazione in un ente ospedaliero svizzero riconosciuto, in cure generali o psichiatriche, per i malati di tipo acuto;
 - un'ospedalizzazione all'estero;
 - un'ospedalizzazione in un centro balneare o di riabilitazione riconosciuto dall'assicuratore ai sensi della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).
3. Il capitale assicurato è concesso una sola volta per anno civile e per ospedalizzazione.
4. Se la degenza ospedaliera si estende su due anni civili, la prestazione è erogata una sola volta ed è imputata sull'anno della data di ammissione in ospedale, a meno che non sia già stata erogata una prestazione d'assicurazione durante questo periodo. In questo caso, il capitale è imputato sull'anno in cui si è conclusa la degenza ospedaliera.
5. Le prestazioni non sono erogate nei casi seguenti:
 - la maternità;
 - le cure ambulatoriali;
 - l'ospedalizzazione risultante da cure non riconosciute dalla legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal);
 - la semi-ospedalizzazione;
 - i soggiorni di competenza esclusiva della legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), della legge federale sull'assicurazione invalidità (LAI), della legge sull'assicurazione militare federale (LAM).

Art. 4 Capitale annuo assicurato

I capitali annui seguenti possono essere assicurati:

Fr. 300.-; Fr. 500.-; Fr. 600.-; Fr. 900.-; Fr. 1'000.-;
Fr. 1'200.-; Fr. 1'500.-; Fr. 2'000.-; Fr. 2'500.-; Fr. 3'000.-;
Fr. 3'500.-.

Art. 5 Prestazioni assicurate

1. In caso di degenza ospedaliera di tipo acuto conforme all'articolo 3, l'assicurazione «H-Capital» concede il capitale assicurato (art. 4); l'articolo 3 capoverso 3 rimane riservato.
2. Le prestazioni dell'assicurazione «H-Capital» rientrano nella categoria di assicurazioni di somme.

Art. 6 Versamento delle prestazioni

1. Il versamento delle prestazioni dell'assicurazione si effettua previa presentazione della fattura dell'ente ospedaliero. La persona assicurata autorizza il medico di fiducia dell'assicuratore a domandare al medico curante la diagnosi o qualsiasi informazione utile per determinare il diritto alle prestazioni.
2. Il capitale è versato alla persona assicurata.
In caso di decesso, il capitale viene versato alle persone beneficiarie nel seguente ordine: il coniuge, in sua mancanza, i figli, in loro mancanza il padre e la madre, in loro mancanza, le altre persone aventi diritto alla successione. La persona assicurata ha la possibilità di modificare l'ordine delle persone beneficiarie previa domanda al suo assicuratore malattia.

Art. 7 Premio

1. I premi sono stabiliti in funzione del sesso e delle classi di età.
2. La persona assicurata che, durante l'anno, raggiunge l'età massima della sua classe di età, è automaticamente trasferita nella classe di età superiore all'inizio dell'anno civile successivo. Le classi di età determinanti sono:
 - da 0 a 18 anni;
 - da 19 a 25 anni;
 - a partire dal 26° anno, le classi di età si suddividono in gruppi di cinque anni.

Condizioni particolari dell'assicurazione di un'indennità giornaliera in caso d'ospedalizzazione

BH

BHGA01-I8 – edizione 01.02.2022

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 Condizioni d'adesione

Qualsiasi persona può, fino all'età di 60 anni compiuti, assicurarsi per un'indennità giornaliera versata durante una degenza in un centro ospedaliero.

Art. 2 Prestazioni assicurate

1. L'assicurazione di un'indennità giornaliera in caso d'ospedalizzazione prevede prestazioni fino a Fr. 200.– al giorno.
2. Le prestazioni rientrano nella categoria di assicurazioni di somme.
3. L'indennità giornaliera in caso d'ospedalizzazione è versata al massimo per 90 giorni per anno civile.
4. Quando l'assicuratore ha versato 360 indennità per un periodo di quattro anni civili, il diritto alle prestazioni si estingue. La copertura d'assicurazione termina quando il diritto alle prestazioni è esaurito.

Art. 3 Diritto alle prestazioni e periodo di carenza

1. Il diritto alle prestazioni dell'assicurazione è effettivo dopo un periodo di carenza di sei mesi.
2. In caso di maternità, l'indennità è versata dopo 12 mesi d'assicurazione.
3. Le prestazioni d'assicurazione non sono più corrisposte alla disdetta del contratto d'assicurazione. È riservato il diritto alle prestazioni per un sinistro in corso.

Art. 4 Premio

1. La persona assicurata che, durante l'anno, raggiunge l'età massima della sua classe d'età è automaticamente trasferita 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.
2. Il tariffario dei premi tiene conto dell'età d'adesione all'assicurazione della persona assicurata.

MUGA01-I7 – edizione 01.02.2022

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 Sottoscrizione dell'assicurazione

1. L'assicurazione può essere stipulata da qualsiasi persona domiciliata in Svizzera, senza limite d'età.
2. L'assicurazione è stipulata almeno per un periodo d'assicurazione secondo l'articolo 12 delle condizioni generali d'assicurazione. Si rinnova poi da un anno civile all'altro.

Art. 2 Validità territoriale

1. La copertura d'assicurazione Mundo è valida in tutto il mondo, esclusa la Svizzera.
2. In deroga al capoverso 1, l'assicurazione Mundo è valida in Svizzera per le prestazioni volontarie di vaccinazione.
3. Dal rientro della persona assicurata al proprio domicilio, la continuazione di un trattamento cominciato in vacanza o in viaggio non è più coperta nell'ambito di questa assicurazione.

Art. 3 Inizio della copertura d'assicurazione

Il contratto d'assicurazione entra in vigore alla data indicata nella polizza d'assicurazione.

Art. 4 Disdetta del contratto

Al termine di un periodo d'assicurazione, la persona contraente può disdire il contratto per la fine di un anno civile con preavviso di tre mesi.

Art. 5 Somma assicurata

La somma assicurata si limita al massimo a Fr. 100'000.– per anno civile.

Art. 6 Prestazioni assicurate

In caso di malattia o di infortunio, la somma assicurata è destinata al rimborso delle spese sottostanti.

1. Trattamenti ambulatoriali riconosciuti ai sensi della legge sull'assicurazione malattie (LAMal).
2. Ospedalizzazioni per i trattamenti riconosciuti ai sensi della LAMal.
3. Partecipazioni legali estere poste a carico della persona assicurata in applicazione dell'accordo sulla libera circolazione delle persone UE/AELS o di altre convenzioni internazionali di sicurezza sociale.
4. Spese per le vaccinazioni necessarie raccomandate dall'Ufficio federale della sanità pubblica in caso di partenza all'estero, non comprese nell'ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
5. Trasporti necessari verso il centro ospedaliero più vicino.
6. Trasporti in caso di rimpatrio, compresi quelli in caso di una persona deceduta, previo accordo preliminare dell'assicuratore.
7. Ricerca e soccorso della persona assicurata malata, o la cui incolumità fisica è minacciata.

8. Visita da parte di un membro della famiglia della persona assicurata, ospedalizzata da più di 7 giorni, e precisamente:
 - le spese accertate per il viaggio di andata e di ritorno, in classe economica e i trasporti pubblici fino al luogo di ospedalizzazione della persona assicurata;
 - le spese di vitto e alloggio accertate, ma al massimo Fr. 250.– al giorno e per un massimo di Fr. 2'000.–.
9. Un capitale di Fr. 5'000.– è attribuito in caso di decesso all'estero a seguito di una malattia o di un infortunio. Le persone beneficiarie sono le seguenti:
 - a. il coniuge o il partner registrato della persona assicurata, in mancanza;
 - b. i figli della persona assicurata, in parti uguali, in mancanza;
 - c. i genitori della persona assicurata (ascendenti diretti), in parti uguali, in mancanza;
 - d. i nonni della persona assicurata, in parti uguali, in mancanza;
 - e. i fratelli e le sorelle della persona assicurata, in parti uguali, in mancanza;
 - f. gli eredi legali della persona assicurata, eccetto la comunità pubblica.
10. La persona contraente può in qualunque momento designare o escludere dei beneficiari, tramite notifica scritta inviata all'assicuratore, conformemente all'articolo 37 delle condizioni generali d'assicurazione. Se la(e) persona(e) beneficiaria(e) indicata(e) decede(ono) prima, si applicano le disposizioni del capoverso 9.
11. Le prestazioni descritte nei suddetti capoversi 1 a 8 rientrano nella categoria di assicurazione di danni. Il capitale in caso di decesso rientra nella categoria di assicurazione di somme.

Art. 7 Prestazioni escluse

La somma assicurata non può essere versata nei seguenti casi:

1. Se la persona assicurata decide di farsi curare di sua spontanea volontà all'estero.
2. Per le malattie già in cura e non ancora stabilizzate al momento della partenza.
3. Per le spese personali, quali bibite, telefonate, noleggio di un apparecchio televisivo, ecc.

Art. 8 Giustificazioni al diritto all'indennità in caso di decesso all'estero

L'atto di decesso o qualsiasi altro documento ritenuto necessario deve essere trasmesso all'assicuratore.

L'assicuratore ha il diritto di detrarre dall'indennità di decesso concessa alle persone beneficiarie gli importi che la persona defunta gli avrebbe eventualmente dovuto versare.

Il diritto all'indennità di decesso si estingue, senza altro avviso, dopo un termine di due anni a decorrere dal giorno del decesso, se l'atto di decesso non è stato trasmesso all'assicuratore.

Art. 9 Notifica della malattia o dell'infortunio

La persona assicurata o i suoi familiari deve/devono notificare qualsiasi malattia o infortunio il più rapidamente possibile, indicando che concerne un caso di assicurazione Mundo.

Art. 10 Pagamento delle prestazioni

1. Se più membri della famiglia si ammalano o sono vittima di un infortunio contemporaneamente, deve essere richiesta al medico, all'ospedale, al farmacista o altro, una fattura separata per ogni persona assicurata.
2. Per ottenere il rimborso delle spese, la persona assicurata deve fornire tutti i documenti giustificativi necessari (fatture originali e dettagliate, certificati medici, prescrizioni mediche, attestati di pagamento ecc.).
3. 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.
4. 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.

Art. 11 Premio

La persona assicurata che, durante l'anno, raggiunge l'età massima della sua classe di età, è automaticamente trasferita nella classe superiore all'inizio dell'anno civile successivo. Le classi di età determinanti sono le seguenti:

- da 0 a 18 anni
- da 19 a 25 anni
- a partire dal 26° anno di età, le classi di età si scaglionano in gruppi di 5 anni.

Art. 12 Riduzione di abbinamento

1. Se determinate prestazioni sono altresì coperte da altri prodotti d'assicurazione complementare sottoscritti presso l'assicuratore, può essere concessa una riduzione d'abbinamento sul premio dell'assicurazione Mundo.
2. I prodotti d'assicurazione complementare che danno diritto a una riduzione di abbinamento sono indicati nei documenti d'informazione precontrattuale consegnati alla persona proponente conformemente all'articolo 3 LCA.
3. La riduzione d'abbinamento è abolita non appena le condizioni di attribuzione definite nel capoverso 1 non sono più adempiute.
4. L'assicuratore può modificare o abolire tali riduzioni conformemente all'articolo 29 delle CGC.

Art. 13 Foro e luogo d'esecuzione

1. Gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti sul territorio svizzero e in franchi svizzeri.
2. In caso di litigio, la persona contraente o la persona beneficiaria può scegliere i tribunali del proprio domicilio in Svizzera o quelli della sede dell'assicuratore.

Condizioni particolari dell'assicurazione delle cure Dentaire plus

DP

DPGA02-I7 – edizione 01.08.2006

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 Scopo dell'assicurazione

1. La categoria DP (assicurazione delle cure Dentaire plus) accorda, dietro versamento di premi corrispondenti, delle prestazioni per le cure dentarie conformemente alle disposizioni delle presenti condizioni particolari.
2. Le prestazioni di questa categoria d'assicurazione sono versate in complemento a quelle dell'assicurazione obbligatoria delle cure.

Art. 2 Condizioni d'affiliazione

1. Qualsiasi persona può aderire all'assicurazione DP fino a 60 anni compiuti per le classi 1, 2 e 3. Alla classe 0 possono aderire solo le persone da 0 a 18 anni.
2. Per l'ammissione è necessario compilare un modulo rilasciato dall'assicuratore, firmato dal proponente o dal suo rappresentante legale, insieme ad un certificato redatto da un medico dentista titolare di un diploma federale o di un diploma equivalente riconosciuto in Svizzera.
3. L'assicuratore assume il costo dell'onorario del medico dentista che ha redatto il rapporto, fino ad un massimo di Fr. 75.-.

Art. 3 Prestazioni

1. L'assicurazione DP copre:
 - a. le cure d'ortopedia dento-facciale;
 - b. i trattamenti dentari effettuati da un medico dentista diplomato;
 - c. le spese di laboratorio;fino a concorrenza dei seguenti importi annuali:
Classe 0: 75% dell'importo fatturato secondo tariffa, ma al massimo Fr. 15'000.- per anno civile per le prestazioni descritte nel punto a e fino a 18 anni compiuti.
Classe 1: 75% dell'importo fatturato secondo tariffa, ma al massimo Fr. 1'000.- per anno civile, per le prestazioni descritte nei punti a, b e c.
Classe 2: 75% dell'importo fatturato secondo tariffa, ma al massimo Fr. 3'000.- per anno civile; per le prestazioni descritte nei punti a, b e c.
Classe 3: 75% dell'importo fatturato secondo tariffa, ma al massimo Fr. 15'000.- per anno civile, per le prestazioni descritte nei punti a, b e c.
2. Sono rimborsati solo i trattamenti eseguiti da un fornitore di cure riconosciuto ai sensi della LAMal.
3. Le prestazioni per danni ai denti dovuti ad una malattia o ad un infortunio sono accordate fino a concorrenza dell'importo assicurato.

Art. 4 Diritto alle prestazioni

1. Per i trattamenti dentari in seguito ad infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione il diritto alle prestazioni è immediato.
2. Per tutti gli altri trattamenti le prestazioni sono accordate dopo un periodo di attesa di tre mesi, con riserva dell'articolo 4 capoversi 1 e 3.

3. Per le classi 1 a 3, le prestazioni per interventi protesici (sostituzione dei denti, corone, perni, ponti, protesi parziali o integrali ecc.) in caso di infortunio sono concesse immediatamente dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione; negli altri casi le prestazioni sono accordate dopo 12 mesi d'affiliazione all'assicurazione DP.
4. Se disdice il contratto d'assicurazione DP, l'assicurato perde tutti i diritti acquisiti, compresi quelli per qualsiasi trattamento successivo.
5. Se le prestazioni dentarie previste dalle assicurazioni delle cure complementari SC, SB, GL, GM e GP sono in concorrenza con le prestazioni dell'assicurazione delle cure Dentaire plus (DP), quest'ultima interviene prima.

Art. 5 Profilassi

Una volta per anno civile, per le classi 1 a 3, è accordato un contributo di Fr. 75.- per un controllo dentario profilattico.

Art. 6 Prestazioni all'estero

Previo autorizzazione dell'assicuratore, i trattamenti all'estero sono rimborsati a condizione che il personale medico straniero abbia una formazione equivalente alla formazione svizzera e che i costi non superino quelli che sarebbero fatturati in Svizzera.

Art. 7 Prestazioni escluse

1. Per i denti che, al momento della stipulazione dell'assicurazione DP, mancano o sono già stati sostituiti, non c'è alcun diritto alle prestazioni per un'ulteriore sostituzione o per una modifica dei denti sostituiti, salvo in caso di infortunio verificatosi dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.
2. Le cure dentarie conseguenti ad un infortunio verificatosi prima dell'affiliazione sono escluse dall'assicurazione DP.
3. L'assicuratore si riserva il diritto di rifiutare di rimborsare i trattamenti previsti al momento della redazione della proposta d'assicurazione.
4. Per i trattamenti per i quali l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, l'AI, l'AMF o terzi sono tenuti a corrispondere le prestazioni, l'assicuratore non rimborsa nessuna prestazione nell'ambito dell'assicurazione DP, anche se, a causa di tali trattamenti, l'assicurato deve assumere una parte delle spese.

Art. 8 Tariffa di riferimento

Per il calcolo delle prestazioni coperte dalle presenti condizioni particolari, sono applicabili le tariffe ufficiali LAINF (nomenclatura e valore del punto).

Art. 9 Sviluppo dei casi

1. L'assicurato è debitore delle fatture del medico dentista.
2. L'assicuratore versa le prestazioni sulla base di una fattura dettagliata, tenendo conto delle posizioni coperte dall'assicurazione (secondo il tariffario della Società svizzera di odontostomatologia). Su richiesta dell'assicuratore, per

casi complessi, l'assicurato deve fornire le informazioni necessarie per il calcolo delle prestazioni. In mancanza di tali indicazioni, l'assicuratore redigerà la fattura secondo una propria valutazione. Se il trattamento che è stato eseguito non figura sulla nota d'onorario, l'assicuratore non è tenuto a pagare le prestazioni.

3. Gli infortuni devono obbligatoriamente essere notificati per iscritto all'assicuratore entro sei giorni. In caso di ritardo, l'assicuratore può, unilateralmente, decidere di non versare alcuna prestazione.

Art. 10 Premio

Le classi d'età si scaglionano in gruppi di 5 anni. 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 seguente.

Art. 11 Riserve

L'assicurato può chiedere che una riserva sia tolta, presentando un certificato medico, redatto a sue spese, che attesti che i denti oggetto della riserva sono stati curati, sostituiti o estratti.

Art. 12 Trasferimento della classe

1. Per la classe 0, la copertura d'assicurazione cessa alla fine dell'anno civile durante il quale l'assicurato conclude il suo 18° anno. In questo caso, l'assicurato è automaticamente trasferito nella classe 1 dal 1° gennaio successivo alla fine della copertura nella classe 0, a condizione che non abbia già una classe 1, 2 o 3, senza applicazione del periodo di attesa previsto all'articolo 4 cpv. 2 e 3 delle presenti condizioni particolari.
2. L'assicurato può rifiutare tale trasferimento tramite lettera scritta all'assicuratore entro 10 giorni dal ricevimento della nuova polizza d'assicurazione.

Condizioni particolari dell'assicurazione Acrobat

AB

ABGA02-I8 – edizione 01.10.2021

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

L'assicurazione Acrobat copre le conseguenze economiche che subisce la persona assicurata in seguito a un infortunio.

Art. 2 Eventi assicurati

1. Sono assicurati gli infortuni che si verificano nella sfera privata e a scuola, inclusi gli infortuni durante il gioco e lo sport, come pure quelli che si verificano utilizzando veicoli a motore con le necessarie autorizzazioni.
2. Sono anche assicurati gli infortuni e le malattie professionali coperti dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (LAINF).

Art. 3 Lesioni equiparate a un infortunio

1. In complemento a quanto previsto dalle disposizioni delle condizioni generali delle assicurazioni malattia e infortunio complementari (CGC), sono considerati infortuni le lesioni del menisco che si verificano o che sono curate per la prima volta almeno due anni dopo l'inizio dell'assicurazione, nonché i postumi di congelamento, il collasso, l'insolazione e i danni alla salute provocati dai raggi ultravioletti, ad eccezione dei colpi di sole; l'affogamento è considerato un infortunio.
2. Le prestazioni sono altresì versate per le lesioni fisiche che l'assicurato subisce nell'ambito di misure terapeutiche e di esami necessari in seguito a un infortunio assicurato.

Art. 4 Condizioni d'adesione

Qualsiasi persona domiciliata in Svizzera che non ha ancora compiuto i 18 anni può sottoscrivere l'assicurazione Acrobat.

Art. 5 Fine del contratto d'assicurazione (età termine dell'assicurato)

In complemento a quanto previsto dalle disposizioni delle condizioni generali delle assicurazioni malattia e infortunio complementari (CGC), il contratto d'assicurazione e il diritto alle prestazioni si estinguono alla fine dell'anno civile durante il quale la persona assicurata compie 18 anni.

Art. 6 Adeguamento automatico dell'assicurazione (dai 19 anni)

1. Quando il contratto d'assicurazione termina per i motivi specificati nel suddetto articolo 5, la persona assicurata che ha sottoscritto il livello 1 o 2 (cfr. articolo 7 qui di seguito) è automaticamente trasferita nell'assicurazione ProVista (ID), per la variante che copre le stesse somme d'assicurazione. La persona assicurata che ha sottoscritto il livello 1P (cfr. articolo 7 qui di seguito) è automaticamente trasferita nell'assicurazione ActiVita (AJ). Queste assicurazioni cominciano a produrre i loro effetti dal 1° gennaio dell'anno successivo alla fine dell'assicurazione Acrobat.

2. Entro 30 giorni dal ricevimento della nuova polizza d'assicurazione, la persona assicurata può rifiutare il passaggio nell'assicurazione ProVista (ID), rispettivamente nell'assicurazione ActiVita (AJ), tramite notifica all'assicuratore.

Art. 7 Livelli di prestazioni

1. Il contratto d'assicurazione è stipulato secondo uno dei seguenti livelli:
 - Livello 1 – Acrobat^{light}
 - Livello 1P – Acrobat^{eco}
 - Livello 2 – Acrobat^{standard}.
2. L'indicazione del livello sulla polizza d'assicurazione è determinante per il diritto alle prestazioni.

Art. 8 Tipo di prestazioni

1. L'assicurazione Acrobat eroga le seguenti prestazioni, in funzione del livello di copertura scelto (cfr. art. 7.1):
 - a. le spese di cura e le spese diverse (art. 10);
 - b. un capitale in caso d'ospedalizzazione (art. 10);
 - c. un capitale in caso di invalidità (art. 11);
 - d. un capitale in caso di decesso (art. 12).
2. Le prestazioni assicurate nell'ambito di ogni livello sono riassunte nell'appendice B.
3. Le spese di cura e le spese diverse rientrano nella categoria d'assicurazione di danni. I capitali in caso d'ospedalizzazione, in caso di invalidità o in caso di decesso, rientrano nella categoria d'assicurazione di somme.

Art. 9 Diritto alle prestazioni

1. Le prestazioni contrattuali sono versate per gli infortuni che si verificano dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.
2. Per ottenere le prestazioni è necessario presentare un certificato medico, un certificato di morte o un certificato di eredità. Si accettano solo i documenti originali.

Art. 10 Spese di cura e spese diverse

1. Le spese di cura sono assicurate in complemento alle prestazioni secondo le assicurazioni sociali svizzere o estere, in particolare la LAMal, la LAINF e la LAI.
2. L'assicuratore rimborsa esclusivamente la differenza tra le prestazioni dovute secondo le assicurazioni sociali sopra specificate e quelle previste ai seguenti punti 3.1 a 3.12. Salvo disposizioni contrarie, la tariffazione delle cure è identica a quella LAINF.
3. Sono erogate le seguenti prestazioni (cfr. appendice B che è parte integrante delle presenti condizioni particolari):
 1. **Spese mediche in Svizzera (reparto comune)**
Le spese per i trattamenti necessari, comprese le analisi e i medicinali (ad esclusione dei preparati farmaceutici per applicazione speciale LPPA), effettuati o prescritti dal personale medico (medico, dentista, chiropratico), come pure le spese per il trattamento, la degenza e il vitto nel reparto comune di un centro ospedaliero svizzero riconosciuto dall'assicuratore.
 2. **Spese mediche in caso d'emergenza all'estero**
Le spese per i trattamenti, ambulatoriali e ospedalieri,

necessari dal punto di vista medico, compresi i medicinali e le analisi, se l'infortunio si verifica all'estero.

3. Assistenza e cure a domicilio

In seguito ad un'ospedalizzazione e previa richiesta all'assicuratore, l'importo previsto per i costi derivanti dall'assunzione, necessaria per motivi medici, di un'assistenza a domicilio appartenente ad un servizio ufficiale. Sulla base di questa stessa tariffa, un contributo può essere versato a uno dei genitori che interrompe la propria attività professionale per occuparsi della persona assicurata.

4. Mezzi ausiliari e mobilio per malati

Le spese per il primo acquisto di protesi, occhiali, apparecchi acustici e mezzi ausiliari ortopedici, come pure le spese per ripararli o sostituirli (valore a nuovo) se sono danneggiati o distrutti in seguito a un infortunio assicurato che provoca una lesione fisica e richiede un trattamento medico. Anche le spese per l'affitto di mobilio per malati sono coperte.

5. Spese di trasporto, di ricerca e di salvataggio

Le spese di trasporto necessario a causa dell'infortunio fino al centro ospedaliero o dal medico più vicino, a condizione che tale trasporto sia necessario per motivi medici. Questo contributo è accordato solo in caso di trasporto in ambulanza o in elicottero o per il salvataggio. 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 ricovero. Le spese di ricerca e di salvataggio non programmati, necessari per salvare la vita della persona assicurata in evidente pericolo o per evitare che il suo stato peggiori all'improvviso notevolmente.

6. Chirurgia estetica

I costi per gli interventi di chirurgia estetica necessari a seguito di un infortunio assicurato.

7. Prestazioni supplementari se l'infortunio si verifica all'estero

- Quando la persona assicurata è ricoverata all'estero e, per motivi medici, non può essere trasferita in Svizzera, le spese per il trasporto dei familiari stretti fino al luogo di ricovero, se questo dura più di tre giorni.
- In caso di decesso della persona assicurata all'estero, le spese per il trasporto della salma a bordo di un regolare aereo di linea o di un apposito veicolo, fino al domicilio in Svizzera.

8. Spese di recupero scolastico

Le spese certificate di corsi di recupero dispensati da una persona qualificata e appositamente formata, se la persona assicurata non è più in grado di andare a scuola per più di due mesi.

9. Abbonamento sportivo

Se, a seguito di un infortunio, la persona assicurata non può più praticare un'attività sportiva, l'assicuratore rimborsa, proporzionalmente e su presentazione di giustificati originali e medici, i forfait o gli abbonamenti sportivi sottoscritti prima dell'infortunio, che non possono essere utilizzati.

L'indennizzo per queste spese è limitato a un massimo di Fr. 500.– per caso d'infortunio.

Oltre alle prestazioni specificate ai punti 3.1 a 3.9, l'assicurazione Acrobat livello 1P eroga la prestazione supplementare prevista al punto 3.10 qui di seguito.

10. Spese mediche in Svizzera (reparto privato)

Tutte le spese indicate al punto 3.1, anche nel reparto privato di un centro ospedaliero svizzero riconosciuto dall'assicuratore.

Oltre alle prestazioni specificate ai punti 3.1 a 3.10, l'assicurazione Acrobat livello 2 eroga le seguenti prestazioni supplementari:

11. Assistenza all'estero e rimpatrio

Le prestazioni previste dalle condizioni d'intervento del Groupe Mutuel Assistance, le cui disposizioni sono parte integrante delle presenti condizioni d'assicurazione.

12. Capitale in caso d'ospedalizzazione

Un capitale di Fr. 500.– per anno civile è versato in caso di ospedalizzazione superiore a 24 ore in un centro ospedaliero svizzero riconosciuto o all'estero. Il versamento del capitale è effettuato su richiesta della persona contraente e su presentazione della fattura del centro ospedaliero.

Il medico di fiducia dell'assicuratore è autorizzato a richiedere al medico curante la diagnosi o qualsiasi informazione utile per determinare il diritto alle prestazioni.

Art. 11 Capitale in caso d'invalidità

Le seguenti prestazioni sono erogate per le persone assicurate che hanno sottoscritto l'assicurazione Acrobat livello 1 o 2.

a. Capitale

Il capitale assicurato in caso d'invalidità è di Fr. 200'000.–.

b. Diritto

Se l'infortunio comporta una probabile invalidità permanente, è versato il capitale d'invalidità. Questo è determinato in funzione del grado d'invalidità e della scala definita alla lettera c.

c. Grado d'invalidità

1. Il grado d'invalidità è stabilito secondo le seguenti regole:

– perdita di una falange del pollice o di almeno due falangi di un altro dito	5%
– perdita di un pollice	20%
– perdita di una mano	40%
– perdita di un braccio all'altezza del gomito o sopra	50%
– perdita di un alluce	5%
– perdita di un piede	30%
– perdita di una gamba all'altezza del ginocchio	40%
– perdita di una gamba sopra il ginocchio	50%
– perdita del lobo di un orecchio	10%
– perdita del naso	30%
– scalpo	30%
– grave deturpazione del viso	50%
– perdita di un rene	20%
– perdita della milza	10%
– perdita degli organi genitali o della capacità riproduttiva	40%
– perdita dell'odorato e del gusto	15%
– perdita dell'udito da un orecchio	15%
– perdita della vista da un occhio	30%
– sordità totale	85%
– cecità totale	100%
– lussazione recidiva della spalla	10%
– grave danno all'apparato masticatorio	25%
– danno molto grave e doloroso al funzionamento della colonna vertebrale	50%
– paraplegia	90%
– tetraplegia	100%
– danno molto grave alle funzioni polmonari	80%

- danno molto grave alla funzione renale 80%
 - danno a funzioni psichiche parziali, come la memoria o la capacità di concentrazione 20%
 - epilessia post-traumatica con crisi o sotto trattamento medicinale senza crisi 30%
 - dislalia organica molto grave, sindrome motoria o psico-organica molto grave 80%
2. L'incapacità funzionale assoluta di un arto o di un organo equivale alla sua perdita completa.
 3. In caso di perdita o d'incapacità funzionale parziale, la percentuale è ridotta in proporzione.
 4. Nei casi non menzionati sopra, i gradi di invalidità sono fissati secondo la scala delle indennità per danno all'integrità che figura nell'allegato 3 dell'Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OLAINF) e le relative tabelle SUVA. Se il grado d'invalidità non può essere determinato in applicazione delle suddette regole, è allora definito, sulla base delle osservazioni mediche, procedendo per analogia tenuto conto della gravità del danno.
 5. Se diverse parti del corpo o diversi organi sono lesi in seguito allo stesso infortunio, le diverse percentuali sono sommate. Il grado d'invalidità non può tuttavia essere superiore al 100%.
 6. I disturbi psichici o nervosi danno diritto all'indennità solo se è provato che sono la conseguenza di un danno organico al sistema nervoso causato dall'infortunio.
 7. Il grado d'invalidità è definito nel momento in cui lo stato della persona assicurata è presunto definitivo, ma al massimo cinque anni dopo l'infortunio.

d. Progressione

1. Se il grado d'invalidità non supera il 25%, la somma d'assicurazione è versata secondo la percentuale del grado d'invalidità.
2. Se il grado d'invalidità è superiore al 25%, le prestazioni (in percentuale della somma d'assicurazione convenuta) sono aumentate secondo la tabella dell'appendice A.

Art. 12 Capitale in caso di decesso

Le seguenti prestazioni sono erogate per le persone assicurate che hanno sottoscritto l'assicurazione Acrobat livello 1 o 2.

1. Se l'infortunio causa la morte della persona assicurata, è erogato un capitale di Fr. 10'000.– salvo per i bambini la cui età è inferiore a due anni e sei mesi al momento del decesso, per cui il capitale è limitato a Fr. 2'500.–.
2. Gli aventi diritto sono i seguenti:
 - il padre e la madre, in parti uguali; in mancanza,
 - i fratelli e le sorelle, in parti uguali; in mancanza,
 - i nonni, in parti uguali.
3. In mancanza dei superstiti sopra elencati, l'assicuratore paga solo la parte delle spese di sepoltura non coperte da un altro assicuratore, fino a concorrenza dell'importo del capitale indicato nel punto 1 di questo articolo.
4. Eventuali prestazioni in caso d'invalidità, già pagate per i postumi dello stesso infortunio, sono deducibili dalle prestazioni in caso di decesso.
5. La persona superstite che ha causato intenzionalmente il decesso della persona assicurata perde il proprio diritto alle prestazioni.

Art. 13 Liberazione dal pagamento dei premi

1. L'assicuratore assume il pagamento integrale dei premi pe-

riodici dell'assicurazione Acrobat fino alla fine del contratto (cfr. art. 5) se, in seguito a un infortunio verificatosi durante la validità dell'assicurazione, uno dei genitori muore o diventa invalido a un tasso superiore al 50%.

2. L'assicuratore comincia ad assumere i premi dal giorno successivo a quello in cui sopravviene l'invalidità o il decesso. La persona assicurata deve fare una richiesta con allegati i documenti ufficiali corrispondenti (decisione dell'ufficio AI, certificato di morte e libretto di famiglia).

Art. 14 Prestazioni di terzi

Le franchigie, la partecipazione ai costi e le eventuali tasse prelevate secondo le assicurazioni sociali (LAMal, LAINF o LAI) non sono rimborsate.

Art. 15 Colpa personale

L'assicuratore rinuncia a ridurre le prestazioni per gli infortuni dovuti a imprudenza o negligenza grave da parte della persona assicurata.

Art. 16 Effetto congiunto di cause indipendenti dall'infortunio

Se i danni alla salute sono causati solo parzialmente da un infortunio assicurato, le prestazioni sono determinate in proporzione, sulla base di una perizia medica.

Art. 17 Premio

Il premio è indicato nella polizza d'assicurazione.

Appendice A

Grado d'invalidità	Indennità %	Grado d'invalidità	Indennità %	Grado d'invalidità	Indennità %
26	28	51	105	76	230
27	31	52	110	77	235
28	34	53	115	78	240
29	37	54	120	79	245
30	40	55	125	80	250
31	43	56	130	81	255
32	46	57	135	82	260
33	49	58	140	83	265
34	52	59	145	84	270
35	55	60	150	85	275
36	58	61	155	86	280
37	61	62	160	87	285
38	64	63	165	88	290
39	67	64	170	89	295
40	70	65	175	90	300
41	73	66	180	91	305
42	76	67	185	92	310
43	79	68	190	93	315
44	82	69	195	94	320
45	85	70	200	95	325
46	88	71	205	96	330
47	91	72	210	97	335
48	94	73	215	98	340
49	97	74	220	99	345
50	100	75	225	100	350

Appendice B

Prestazioni	Acrobat ^{standard} (Livello 2)	Acrobat ^{light} (Livello 1)	Acrobat ^{eco} (Livello 1P)
Cure ambulatoriali Ospedalizzazione in Svizzera e all'estero Medicinali limitati e fuori lista	Le spese di cure ambulatoriali prestate o prescritte da un medico, un chiropratico o un dentista, e le spese ospedaliere in reparto privato sono assicurate in complemento alle prestazioni delle assicurazioni sociali, in particolare la LAMal, la LAINF e la LAI.	Le spese di cure ambulatoriali prestate o prescritte da un medico, un chiropratico o un dentista, e le spese ospedaliere in reparto comune sono assicurate in complemento alle prestazioni delle assicurazioni sociali, in particolare la LAMal, la LAINF e la LAI.	Le spese di cure ambulatoriali prestate o prescritte da un medico, un chiropratico o un dentista, e le spese ospedaliere in reparto privato sono assicurate in complemento alle prestazioni delle assicurazioni sociali, in particolare la LAMal, la LAINF e la LAI.
Assistenza e cure a domicilio	Massimo Fr. 200.–/giorno, se prestati da un servizio ufficiale d'assistenza medica o da uno dei genitori che sospende la propria attività professionale	Massimo Fr. 200.–/giorno, se prestati da un servizio ufficiale d'assistenza medica o da uno dei genitori che sospende la propria attività professionale	Massimo Fr. 200.–/giorno, se prestati da un servizio ufficiale d'assistenza medica o da uno dei genitori che sospende la propria attività professionale
Mezzi ausiliari e mobilio del malato	Spese di noleggio e primo acquisto del mobilio per il malato Spese di noleggio o di sostituzione (valore a nuovo)	Spese di noleggio e primo acquisto del mobilio per il malato Spese di noleggio o di sostituzione (valore a nuovo)	Spese di noleggio e primo acquisto del mobilio per il malato Spese di noleggio o di sostituzione (valore a nuovo)
Spese di trasporto, di ricerca e di salvataggio	Massimo Fr. 50'000.–/caso	Massimo Fr. 50'000.–/caso	Massimo Fr. 50'000.–/caso
Infortunio all'estero: prestazioni supplementari	Rimpatrio della salma: al massimo Fr. 10'000.– Spese di trasporto di familiari stretti della persona assicurata, se l'ospedalizzazione dura più di tre giorni (max Fr. 250.–/giorno e Fr. 2'000.–/caso)	Rimpatrio della salma: al massimo Fr. 10'000.– Spese di trasporto di familiari stretti della persona assicurata, se l'ospedalizzazione dura più di tre giorni (max Fr. 250.–/giorno e Fr. 2'000.–/caso)	Rimpatrio della salma: al massimo Fr. 10'000.– Spese di trasporto di familiari stretti della persona assicurata, se l'ospedalizzazione dura più di tre giorni (max Fr. 250.–/giorno e Fr. 2'000.–/caso)
Assistenza e rimpatrio sanitario	Groupe Mutuel Assistance	Nessuna prestazione	Nessuna prestazione
Chirurgia estetica	Massimo Fr. 20'000.–	Massimo Fr. 20'000.–	Massimo Fr. 20'000.–
Spese di recupero scolastico fornito da una persona qualificata	Massimo Fr. 3'000.–, se la persona assicurata non può frequentare la scuola per più di due mesi	Massimo Fr. 3'000.–, se la persona assicurata non può frequentare la scuola per più di due mesi	Massimo Fr. 3'000.–, se la persona assicurata non può frequentare la scuola per più di due mesi
Abbonamento sportivo	Massimo Fr. 500.– per caso	Massimo Fr. 500.– per caso	Massimo Fr. 500.– per caso
Capitale in caso di decesso	Fr. 10'000.–	Fr. 10'000.–	Nessuna prestazione
Capitale in caso d'invalidità	Fr. 200'000.– (progressione fino al 350%)	Fr. 200'000.– (progressione fino al 350%)	Nessuna prestazione
Capitale in caso d'ospedalizzazione	Fr. 500.–/anno	Nessuna prestazione	Nessuna prestazione
Liberazione dal pagamento dei premi	Assunzione in caso d'invalidità o di decesso di uno dei genitori fino al termine del contratto o fino ai 18 anni compiuti della persona assicurata	Assunzione in caso d'invalidità o di decesso di uno dei genitori fino al termine del contratto o fino ai 18 anni compiuti della persona assicurata	Assunzione in caso d'invalidità o di decesso di uno dei genitori fino al termine del contratto o fino ai 18 anni compiuti della persona assicurata
Validità territoriale	Tutto il mondo	Tutto il mondo	Tutto il mondo

Condizioni particolari dell'assicurazione ActiVita

AJGA01-I5 – edizione 01.06.2006

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 Scopo dell'assicurazione

1. L'assicurazione ActiVita copre le conseguenze economiche di un infortunio.
2. Accorda prestazioni in complemento alle assicurazioni obbligatorie secondo la LAMal, la LAINF e la LAM.
3. Le malattie (comprese le malattie professionali ai sensi della LAINF) non sono incluse nella copertura assicurativa.

Art. 2 Estensione della copertura

1. Se i danni alla salute sono solo parzialmente dovuti ad un infortunio assicurato, le prestazioni sono determinate in proporzione, sulla base di una perizia medica.
2. Le ricadute e i postumi di infortuni avvenuti prima della sottoscrizione del contratto non sono assicurati.
3. I casi di ricadute sono presi in considerazione nell'ambito del contratto per cinque anni dal verificarsi dell'infortunio assicurato e a condizione che la polizza sia in vigore al momento della ricaduta.
4. Dopo la fine del contratto d'assicurazione, gli infortuni e i loro postumi non sono coperti.

Art. 3 Condizione d'adesione

Qualsiasi persona domiciliata in Svizzera può sottoscrivere l'assicurazione ActiVita fino a 60 anni.

Art. 4 Prestazioni assicurate

L'assicuratore accorda le seguenti prestazioni.

1. Degenze in ospedale

1. Informazioni generali

In caso di ricovero in seguito ad infortunio, l'assicuratore assume le spese di cura e di degenza nel reparto privato di un centro ospedaliero svizzero riconosciuto, fino a quando l'infortunato è considerato di tipo grave.

2. Degenze ospedaliere per la riabilitazione

Per le degenze ospedaliere di riabilitazione, l'assicuratore assume per 120 giorni (al massimo) le spese di cura e di degenza nel reparto privato di un centro ospedaliero svizzero riconosciuto.

3. Ospedalizzazione all'estero

Se un assicurato è vittima di un infortunio all'estero ed ha bisogno di un trattamento ospedaliero di tipo acuto, l'assicuratore assume per 90 giorni al massimo (per ogni caso) le spese di cura e di degenza, ma al massimo Fr. 3'000.– al giorno.

2. Spese di ricerca, salvataggio e trasporti d'urgenza

L'assicuratore assume le spese di salvataggio di un assicurato vittima di un infortunio e di trasporto d'urgenza dal medico o all'ospedale più vicino.

Rimborsa inoltre le spese per la ricerca di una persona scomparsa, se si ha motivo di credere che questa non ne aveva l'intenzione e che molto probabilmente la sua vita è seriamente in pericolo in seguito ad un infortunio.

Per tali spese, il rimborso massimo è di Fr. 60'000.– per ogni caso.

3. Rimpatrio sanitario

In caso di necessità:

n° di telefono 0848 808 111 (+41 848)

I trasporti per il rimpatrio sono coperti previo accordo dell'assicuratore.

Le spese per il rimpatrio della salma dell'assicurato sono rimborsate fino a concorrenza di Fr. 10'000.–.

4. Spese di trasporto per seguire un trattamento medico

L'assicuratore rimborsa le spese di trasporto, in Svizzera, necessarie per seguire un trattamento medico ambulatoriale successivo ad un ricovero, quando i postumi dell'infortunio in questione non permettono all'assicurato di spostarsi con mezzi di locomozione propri.

Per tali spese, il rimborso massimo è di Fr. 1'500.– per ogni caso.

5. Chirurgia estetica

Previo accordo dell'assicuratore, l'assicurazione copre anche i trattamenti di chirurgia estetica, in Svizzera, necessari in seguito ad un infortunio assicurato.

Per tali spese, il rimborso massimo è di Fr. 60'000.– per ogni caso.

6. Abbonamento per attività sportive

Se, in seguito ad un infortunio, l'assicurato non può più praticare alcuna attività sportiva, l'assicuratore rimborsa, pro rata temporis e dietro presentazione dei giustificativi originali, i forfait o abbonamenti per attività sportive sottoscritti prima dell'infortunio, che non possono più essere utilizzati.

Per tali spese, il rimborso massimo è di Fr. 500.– per ogni caso.

7. Assistenza telefonica d'urgenza

In caso di necessità:

n° di telefono 0848 808 111 (+41 848)

In caso d'infortunio in cui è coinvolto l'assicurato e per cui è necessario un trattamento o un esame medico dell'assicurato o di un terzo, l'assicurato beneficia di un'assistenza giuridica telefonica (risposta alle domande più urgenti dell'assicurato).

8. Custodia del domicilio

In caso di necessità: n° telefono 0848 808 111 (+41 848)

In caso di infortunio per cui è necessario un ricovero di più di 24 ore, l'assicuratore copre le seguenti prestazioni di servizio fornite dal partner da lui designato, fino ad un importo di Fr. 1'500.– per ogni caso e fino a quando il ricovero è giustificato per ragioni mediche:

- controllare il frigorifero e il congelatore,
- verificare gli impianti elettrici,
- svuotare la cassetta della posta e trasmettere la posta all'assicurato o alla persona da questo designata,
- prendersi cura degli animali domestici e dar loro da mangiare,
- innaffiare le piante,
- areare le camere.

Nessuna prestazione è dovuta se le chiavi del domicilio dell'assicurato non sono disponibili in Svizzera.

L'appendice B precisa le condizioni d'intervento del partner designato dall'assicuratore.

Art. 5 Copertura in caso di attività sportive

La copertura assicurativa si estende alle attività sportive praticate a livello amatoriale, a condizione che non siano considerati atti temerari ai sensi del seguente articolo 6.

Art. 6 Atti temerari

1. Sono considerati atti temerari quelle attività con cui l'assicurato si espone volontariamente ad un pericolo particolarmente grave senza volere o potere limitare il rischio a proporzioni ragionevoli. In caso di dubbio, si applicano per analogia le norme della LAINF.

Sono in particolare considerati atti temerari:

- le corse automobilistiche (compresi gli allenamenti),
- gli incontri di boxe, full-contact, ecc.;
- il karaté estremo,
- le corse in barche a motore (compreso gli allenamenti),
- il KL, chilometro lanciato (caccia al record di velocità di sci),
- il base-jump,
- l'immersione subacquea a più di 40 metri di profondità.

In caso di atti temerari, l'assicuratore non versa alcuna prestazione.

2. Non sono considerati atti temerari, a condizione che siano praticati in situazioni normali:
 - il bungee-jumping (salto con l'elastico)
 - l'immersione subacquea (fino a 40 metri di profondità)
 - l'hydrospeed
 - il canyoning
 - il river rafting
 - il paracadutismo e il parapendio

Art. 7 Obblighi dell'assicurato

1. Prima di qualsiasi ricovero per un trattamento di riabilitazione, l'assicurato è tenuto ad informarsi se il centro ospedaliero, il reparto o la clinica dove si farà curare fanno parte dei centri riconosciuti dall'assicuratore.
2. Se l'assicurato desidera beneficiare delle prestazioni specificate all'articolo 4.3, 4.7 e 4.8, deve immediatamente comunicare l'infortunio al numero di telefono 0848 808 111 (dall'estero +41 848 808 111).

Art. 8 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.

Art. 9 Proroga della copertura Acrobat (AB)

1. La persona assicurata può sottoscrivere l'assicurazione ActiVita senza dover compilare il questionario sullo stato di salute se essa sostituisce un'assicurazione Acrobat del Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA subito dopo la scadenza per raggiungimento dell'età termine dell'assicurato. Le riserve esistenti nell'assicurazione Acrobat sono riprese nel nuovo contratto.
2. In questo caso, e in deroga all'articolo 2.2 delle presenti condizioni particolari, le ricadute e i postumi d'infortunio coperti nell'ambito dell'assicurazione Acrobat sono assicurati.

Appendice A – tabella sinottica delle prestazioni d'assicurazione

	Prestazioni	Rimborso
In tutto il mondo	Ricoveri nel reparto privato	– illimitato in Svizzera – max. Fr. 3'000.–/giorno all'estero
	Spese di ricerca, salvataggio e trasporto d'urgenza	max. Fr. 60'000.–/caso
	Rimpatrio sanitario	illimitato
	Assistenza giuridica telefonica	24 ore su 24, 7 giorni su 7
In Svizzera	Degenze ospedaliere per la riabilitazione	max. 120 giorni/caso
	Spese di trasporto per seguire un trattamento medico	max. Fr. 1'500.–/caso
	Chirurgia estetica (ambulatorio e degenza)	max. Fr. 60'000.–/caso
	Custodia a domicilio	max. Fr. 1'500.–/caso
	Rimborso dell'abbonamento per attività sportive	max. Fr. 500.–/caso

Appendice B – Servizio di custodia del domicilio

Tipo di prestazioni/mansioni fornite dal partner designato dall'assicuratore

Le prestazioni fornite sono determinate di comune accordo tra l'assicurato (o un terzo che agisce a suo nome) e il fornitore di prestazioni designato dall'assicuratore.

L'elenco delle mansioni specificato nell'articolo 4.8 delle presenti condizioni è determinante.

L'assicurato (o un terzo che agisce a suo nome) deve comunicare immediatamente e per iscritto al fornitore di prestazioni designato dall'assicuratore qualsiasi reclamo relativo all'esecuzione delle mansioni.

Responsabilità civile del partner designato dall'assicuratore

L'assicurato è coperto per i danni derivanti dall'imperfetta esecuzione del mandato affidato in conformità alla polizza d'assicurazione sottoscritta dal fornitore di prestazioni designato dall'assicuratore. Le lesioni fisiche e i danni materiali sono coperti, insieme, fino a concorrenza di Fr. 10'000'000.–, e i danni patrimoniali fino a concorrenza di Fr. 1'000'000.– per ogni caso.

L'assicurato rinuncia a qualsiasi altra richiesta di risarcimento nei confronti del fornitore di prestazioni designato dall'assicuratore.

Il fornitore di prestazioni designato dall'assicuratore declina in particolare ogni responsabilità per danni dovuti a difetti tecnici di impianti e apparecchi, come pure a furti o aggressioni.

Il fornitore di prestazioni designato dall'assicuratore declina

altresì ogni responsabilità per le prestazioni non fornite o eseguite in ritardo a causa di incidenti, di servizi di cattiva qualità da parte di terzi (ad esempio la rete di telecomunicazione e la corrente elettrica) o di ingorghi stradali.

Registrazioni telefoniche

L'assicurato è consapevole che il fornitore di prestazioni designato dall'assicuratore registra, se necessario, le conversazioni telefoniche con esso avute.

Diritto applicabile/foro

I rapporti giuridici tra l'assicurato e il fornitore di prestazioni designato dall'assicuratore sono regolati dal diritto svizzero; il foro competente è quello della sede sociale del fornitore di prestazioni designato dall'assicuratore.

Condizioni particolari dell'assicurazione ProVista

ID

IDGA02-I9 – edizione 01.10.2021

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 Scopo dell'assicurazione

L'assicurazione ProVista copre le conseguenze economiche dell'invalidità o del decesso a seguito di un infortunio. Le malattie professionali ai sensi della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) non sono coperte.

Art. 2 Lesioni equiparate a un infortunio

1. In complemento a quanto previsto dalle disposizioni delle condizioni generali delle assicurazioni malattia e infortunio complementari (CGC), sono considerati infortuni le lesioni del menisco che si verificano o che sono curate per la prima volta almeno due anni dopo l'inizio dell'assicurazione, nonché i postumi di congelamento, il collasso, l'insolazione e i danni alla salute provocati dai raggi ultravioletti, ad eccezione dei colpi di sole; l'affogamento è considerato un infortunio.
2. Le prestazioni sono altresì versate per le lesioni fisiche che l'assicurato subisce nell'ambito di misure terapeutiche e di esami necessari in seguito a un infortunio assicurato.

Art. 3 Condizioni d'adesione

Qualsiasi persona domiciliata in Svizzera può sottoscrivere questa assicurazione fino all'età di 65 anni.

Art. 4 Tipo di prestazioni

1. L'assicuratore eroga le seguenti prestazioni:
 - a. un capitale in caso d'invalidità (art. 6)
 - b. un capitale in caso di decesso (art. 7)
2. Le prestazioni dell'assicurazione ProVista rientrano nella categoria d'assicurazione di somme.

Art. 5 Diritto alle prestazioni

1. Le prestazioni assicurate sono indicate nella polizza assicurativa.
2. Le prestazioni contrattuali sono erogate per gli infortuni che si verificano dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.
3. L'erogazione delle prestazioni è subordinata alla presentazione di un certificato medico, di un certificato di decesso o di un certificato di eredità. Solo i documenti originali sono accettati.

Art. 6 Prestazioni in caso di invalidità (categoria I)

a. Diritto

Se l'infortunio comporta un'invalidità permanente probabile, il capitale di invalidità è versato. Questo è determinato dal grado di invalidità, dalla somma di assicurazione convenuta e dalla tabella fissata all'appendice A.

b. Grado di invalidità

Il grado di invalidità è fissato secondo le regole seguenti:

1. Gradi fissi

In caso di perdita totale o di privazione totale dell'uso:

- delle due braccia o delle due mani, delle due gambe e dei due piedi, di un braccio o di una mano e simultaneamente di una gamba o di un piede 100%
- di tutto il braccio 70%
- di un avambraccio o di una mano 60%
- di un pollice 22%
- di un indice 15%
- di un altro dito 8%
- di una gamba al di sopra del ginocchio 60%
- di una gamba al ginocchio e al di sotto 50%
- di un piede 40%
- della vista da entrambi gli occhi 100%
- della vista da un occhio 30%
- della vista da un occhio, se quella dell'altro era già completamente persa prima dell'infortunio 70%
- dell'udito di entrambe le orecchie 60%
- dell'udito di un orecchio 15%
- dell'udito di un orecchio, se quello dell'altro era già completamente perso prima dell'infortunio 45%
- di un rene 20%
- della milza 5%
- dell'odorato 3%
- del gusto 3%
- in caso di impedimento di qualsiasi lavoro a seguito di disturbi mentali 100%

2. In caso di perdita o di privazione parziale dell'uso di questi arti o organi, il grado di invalidità è ridotto in proporzione.
3. Allorquando più arti o organi sono toccati simultaneamente, il grado di invalidità si ottiene dall'addizione delle loro percentuali senza che il totale possa oltrepassare il 100% per infortunio.
4. Nei casi non menzionati sopra, i gradi di invalidità sono fissati secondo la scala delle indennità per danno all'integrità che figura nell'allegato 3 dell'Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OLAINF) e le relative tabelle SUVA. Se il grado d'invalidità non può essere determinato in applicazione delle suddette regole, è allora definito, sulla base delle osservazioni mediche, procedendo per analogia tenuto conto della gravità del danno.
5. Se l'invalidità permanente risultante da un infortunio è aggravata da difetti fisici preesistenti, l'indennità non potrà essere superiore a quella che sarebbe stata concessa se la persona fosse stata sana di corpo. Se l'arto o l'organo toccato dall'infortunio era già parzialmente o totalmente mutilato o privato dell'uso, il grado di invalidità preesistente, calcolato in base ai principi elencati sopra, è detratto al momento della determinazione dell'indennità. Le disposizioni del punto 1 sopra indicato, concernenti la perdita della vista e dell'udito, sono riservate.
6. I disturbi psichici o nervosi danno diritto all'indennità solo se è provato che sono la conseguenza di un danno

organico al sistema nervoso causato dall'infortunio.

7. Se l'infortunio ha causato un danno estetico grave e permanente che non dà diritto a un capitale invalidità secondo la lettera a del presente articolo, ma che costituisce comunque un danno psichico che potrebbe pregiudicare il futuro economico o la situazione sociale della persona assicurata, l'assicuratore eroga un'indennità pari al:
 - 10% della somma d'assicurazione convenuta nella polizza se il danno interessa il viso;
 - 5% della somma d'assicurazione convenuta nella polizza se il danno interessa altre parti del corpo.L'indennità dovuta per tali danni è limitata a Fr. 20'000.– per sinistro.
8. Il grado d'invalidità è fissato nel momento in cui lo stato della persona assicurata è presunto definitivo, ma al massimo cinque anni dopo l'infortunio.

c. Progressione

Se il grado d'invalidità non supera il 25%, la somma d'assicurazione è versata secondo la percentuale del grado d'invalidità. Se il grado d'invalidità è superiore al 25%, le prestazioni (in percentuale della somma d'assicurazione convenuta) sono aumentate secondo la tabella dell'appendice A.

Art. 7 Prestazioni in caso di decesso (categoria D)

1. Se l'infortunio comporta la morte della persona assicurata, il capitale di decesso convenuto viene versato. Gli aventi diritto sono i seguenti:
 - a. il coniuge superstite, in mancanza;
 - b. i figli, in parti uguali, in mancanza;
 - c. gli eredi aventi diritto, esclusa la comunità pubblica.
2. In deroga all'articolo 7 cpv. 1, la persona contraente può in qualunque momento designare o escludere delle persone beneficiarie tramite comunicazione indirizzata all'assicuratore conformemente all'articolo 37 delle condizioni generali d'assicurazione. Se la o le persone beneficiarie summenzionate decedono prima, si applicano le disposizioni previste nell'articolo 7 cpv. 1.
3. Nel caso in cui il matrimonio, rispettivamente l'unione domestica registrata, sia stato(a) contratto(a) dopo l'infortunio, la sussistenza del diritto è subordinata alla condizione che la promessa di matrimonio o di unione domestica sia stata pubblicata prima dell'infortunio o che il matrimonio o l'unione domestica sia durato(a) almeno due anni prima del decesso della persona assicurata.
4. Se non vi sono aventi diritto, le spese di sepoltura sono assunte, tuttavia al massimo fino al 10% della somma assicurata in caso di decesso.
5. Per i bambini, il capitale erogato corrisponde a quello indicato nella polizza d'assicurazione, ma al massimo:
 - a. Fr. 2'500.– prima dell'età di due anni e sei mesi;
 - b. Fr. 20'000.– tra l'età di due anni e sei mesi e 12 anni.
6. La persona supersiste che ha causato intenzionalmente il decesso della persona assicurata perde il proprio diritto alle prestazioni.

Art. 8 Liberazione dal pagamento dei premi in caso di invalidità o di decesso del capofamiglia

1. Per i figli assicurati, l'assicuratore assume fino all'età di 15 anni compiuti il pagamento integrale dei premi periodici, se il capofamiglia diventa invalido, a un tasso di invalidità superiore al 50% oppure decede.

2. Il premio è assunto a decorrere dal giorno successivo a quello in cui sopravviene l'invalidità o il decesso. La liberazione dal pagamento dei premi deve essere richiesta per iscritto allegando i documenti ufficiali corrispondenti (decisione dell'Ufficio AI, atto di decesso e libretto di famiglia).

Art. 9 Effetto congiunto di cause indipendenti dall'infortunio

Se i danni alla salute sono dovuti solo parzialmente a un infortunio assicurato, le prestazioni sono fissate in maniera proporzionale in base a una perizia medica.

Art. 10 Colpa personale

L'assicuratore rinuncia a ridurre le proprie prestazioni per gli infortuni causati da un'imprudenza o da una negligenza grave della persona assicurata.

Art. 11 Riduzione delle somme dell'assicurazione

1. Non appena la persona assicurata compie l'età di 70 anni, le somme assicurate sono limitate nel seguente modo:
 - in caso di decesso a Fr. 10'000.–;
 - in caso di invalidità a Fr. 30'000.–.
2. Le somme di assicurazione sono automaticamente ridotte a decorrere dal 1° gennaio, non appena i suddetti limiti di età sono raggiunti.

Art. 12 Determinazione dei premi

1. I premi sono indicati nella polizza di assicurazione.
2. I premi sono scaglionati in base al sesso, alle fasce di età e ai capitali assicurati.

Appendice A

Grado d'invalidità %	Indennità %	Grado d'invalidità %	Indennità %	Grado d'invalidità %	Indennità %	Grado d'invalidità %	Indennità %
26	28	45	85	64	170	83	265
27	31	46	88	65	175	84	270
28	34	47	91	66	180	85	275
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	200	89	295
33	49	52	110	71	205	90	300
34	52	53	115	72	210	91	305
35	55	54	120	73	215	92	310
36	58	55	125	74	220	93	315
37	61	56	130	75	225	94	320
38	64	57	135	76	230	95	325
39	67	58	140	77	235	96	330
40	70	59	145	78	240	97	335
41	73	60	150	79	245	98	340
42	76	61	155	80	250	99	345
43	79	62	160	81	255	100	350
44	82	63	165	82	260		

Condizioni particolari dell'assicurazione Legis^{sana}

LG

LGGA02-I3 – edizione 01.10.2021

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 Assicuratore che assume il rischio

L'assicuratore che assume il rischio dell'assicurazione di protezione giuridica del paziente Legis^{sana} è il Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA (qui di seguito «GMA SA»).

Art. 2 Società gestore dei sinistri

GMA SA ha affidato la gestione dei sinistri a Dextra Protezione giuridica SA, Hohlstrasse 556, 8048 Zurigo (qui di seguito «Dextra»).

Art. 3 Condizioni d'adesione

Qualsiasi persona fisica domiciliata in Svizzera può richiedere di sottoscrivere l'assicurazione di protezione giuridica Legis^{sana}.

Art. 4 Rischi coperti

1. Dextra si assume l'onere di richiedere il risarcimento danni in caso di litigio con il corpo medico (medici, dentisti, chirurghi, fisioterapisti, ecc.), gli ospedali, le cliniche o le altre istituzioni mediche, in seguito ad un errore di diagnosi o di trattamento medico. Il litigio dovrà essere in relazione a una diagnosi o a un trattamento medico in seguito a una malattia, a una maternità o a un infortunio che dà diritto, a favore della persona assicurata, a prestazioni riconosciute e coperte da un'assicurazione complementare che assume le spese di trattamento o di cura sottoscritta presso un assicuratore del Groupe Mutuel Holding SA o amministrato da una delle sue società o riconosciute e coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
2. Non sono assicurati i litigi relativi a trattamenti psichiatrici o psicoterapeutici e la contestazione di onorari o fatture.

Art. 5 Validità territoriale

Sono coperti i litigi il cui foro giuridico si trova Svizzera, a condizione che il diritto svizzero sia applicabile.

Art. 6 Validità nel tempo

L'assicurazione Legis^{sana} copre i litigi derivanti da un errore di diagnosi o di trattamento medico verificatosi dopo l'entrata in vigore del contratto e prima della sua scadenza e le cui conseguenze giuridiche si manifestano durante la validità del contratto.

Art. 7 Premi, polizza d'assicurazione, adesione e disdetta

1. I premi sono indicati nella polizza d'assicurazione. Sono riscossi insieme a quelli delle altre categorie assicurative e sono dovuti a GMA SA.
2. L'affiliazione avviene mediante una proposta d'assicurazione in base alle condizioni d'ammissione di GMA SA.
3. L'assicurazione Legis^{sana} è stipulata almeno per un anno. Si rinnova di anno in anno civile (periodo di assicurazione).

4. In deroga all'articolo 13 CGC, l'assicurato può, al termine di un anno d'assicurazione, disdire il suo contratto d'assicurazione per la fine di un anno civile, con preavviso di tre mesi. Rimane riservato il diritto per GMA SA di disdire il contratto in caso di un comportamento da parte dell'assicurato che violi il contratto. La disdetta è valida se è trasmessa a GMA SA entro l'ultimo giorno del mese di settembre.
5. Se l'assicurato non adempie più le condizioni previste all'articolo 3, il contratto cessa.

Art. 8 Prestazioni assicurate

1. Oltre all'assistenza giuridica fornita da Dextra, la copertura assicurativa include, per i sinistri coperti e fino a concorrenza di un importo massimo di Fr. 300'000.– per caso, l'assunzione delle seguenti spese (lista esaustiva):
 - a. onorari di avvocati e di altri mandatari legali;
 - b. spese di perizie;
 - c. tasse e spese di giustizia;
 - d. indennità giudiziarie accordate alla controparte;
 - e. spese di trasferta dell'assicurato per recarsi alle udienze in tribunale e per assistere ai sopralluoghi, ove la sua presenza sia indispensabile;
 - f. perdita effettiva del reddito risultante dalle trasferte previste alla lettera e precitata;
 - g. costi di procedure esecutive fino alla presentazione di un attestato di carenza beni o di una comminatoria di fallimento.
2. Le partecipazioni alle spese ottenute per via legale o mediante procedura transattiva sono acquisite da Dextra, fino a concorrenza delle proprie prestazioni.

Art. 9 Esclusione

Il pagamento delle spese seguenti non è assicurato:

- a. i danni e gli interessi;
- b. i costi a carico di un responsabile o del suo assicuratore;
- c. i costi a carico dell'assicurazione responsabilità civile dell'assicurato.

Art. 10 Notifica di un sinistro

L'assicurato deve comunicare a Dextra, nel più breve tempo possibile a decorrere dal momento in cui avviene, o dalla constatazione dello stesso, qualsiasi sinistro le cui conseguenze prevedibili possono concernere l'assicurazione.

Per posta: Dextra Protezione giuridica SA
Hohlstrasse 556
8048 Zurigo

Per telefono: 044 296 64 62

Via Internet: www.dextra.ch/legis

Art. 11 Trattamento di un caso di protezione giuridica

1. Dextra informa l'assicurato sui suoi diritti, difende i suoi interessi e cerca di ottenere il migliore risultato possibile. Per questo, l'assicurato conferisce a Dextra pieni poteri.

2. Tutti i documenti concernenti il sinistro (corrispondenza, convocazioni, decisioni e sentenze con relative buste, ecc.) devono essere trasmessi subito a Dextra.
3. L'assicurato si astiene da qualsiasi intervento nell'ambito delle trattative condotte da Dextra. Senza previo accordo di Dextra l'assicurato non conclude alcuna transazione, non conferisce alcun mandato e non dà avvio ad alcuna procedura.
4. L'assicurato può scegliere liberamente un avvocato in possesso delle qualifiche richieste:
 - a. nel caso in cui occorresse nominare un rappresentante legale in vista di un procedimento giudiziario o amministrativo;
 - b. in caso di conflitti d'interessi.
5. L'assicurato libera qualsiasi mandatario dal segreto professionale nei confronti di Dextra.

Art. 12 Procedura applicabile in caso di divergenza d'opinione

1. Qualora si verificasse una divergenza d'opinione tra Dextra e l'assicurato sulle misure da intraprendere nel corso delle trattative per il disbrigo di un caso coperto, o se Dextra rifiutasse le sue prestazioni per un rimedio da intraprendere, perché a suo parere inefficace, comunica all'assicurato, per iscritto, motivandone le ragioni, il suo rifiuto d'intervenire. Dextra informa l'assicurato circa la procedura arbitrale prevista dalle presenti condizioni particolari.
2. Alla ricezione di tale comunicazione, l'assicurato deve immediatamente prendere egli stesso le misure necessarie alla tutela dei propri interessi. Dextra declina qualsiasi responsabilità, segnatamente per le conseguenze di un termine non rispettato. L'assicurato beneficia di un termine di 30 giorni per comunicare a Dextra la sua intenzione di ricorrere ad un arbitro.
3. In caso di ricorso alla procedura arbitrale, l'assicurato e Dextra designano di comune accordo un arbitro unico. L'arbitro, con procedura sommaria, non formale, che comporti un solo scambio di allegati, decide, e imputa successivamente alle parti le relative spese della procedura in funzione del risultato. Per il resto, la procedura si svolgerà conformemente alle vigenti disposizioni del Concordato intercantonale sull'Arbitrato.
4. Se l'assicurato, malgrado il rifiuto delle prestazioni, desidera procedere a proprie spese e così facendo ottiene un risultato in sostanza migliore rispetto alla valutazione espressa da Dextra o alla decisione resa in sede arbitrale, Dextra provvederà a rimborsargli le spese di procedura sostenute nei limiti delle vigenti disposizioni contrattuali.

Art. 13 Violazione degli obblighi contrattuali

Se l'assicurato viola in modo colposo i propri obblighi contrattuali, la garanzia d'assicurazione può essere rifiutata.

Art. 14 Comunicazioni

1. Le dichiarazioni e le comunicazioni di cui l'assicurato è responsabile relativamente alla gestione dei contratti devono essere indirizzate conformemente all'articolo 37 delle condizioni generali d'assicurazione.
2. Le dichiarazioni e le comunicazioni di cui l'assicurato è responsabile nell'ambito di un sinistro devono essere indirizzate alla sede amministrativa di Dextra Protezione giuridica SA o a una delle sue agenzie ufficiali.
3. Le comunicazioni di Dextra o di GMA SA all'assicurato saranno notificate in modo giuridicamente valido all'ultimo indirizzo noto in Svizzera comunicato dall'assicurato.

Art. 15 Trattamento dei dati personali dell'assicurato

1. I dati personali e amministrativi raccolti sono necessari all'intermediario, a GMA SA e a Dextra per stilare un'offerta, trattare la/le proposta/e d'assicurazione secondo la LCA e il/i conseguente/i contratto/i e per gestire i sinistri. Essi serviranno per la valutazione dei rischi da assicurare, per il trattamento dei sinistri, per la gestione amministrativa, statistica e finanziaria della/e assicurazione/i sottoscritta/e, nonché per la gestione amministrativa e finanziaria tra l'intermediario, GMA SA e Dextra e/o il Groupe Mutuel Services SA, in quanto quest'ultimo è incaricato di alcune attività d'amministrazione dell'assicurazione per GMA SA.
2. In caso di necessità, GMA SA, Dextra e/o il Groupe Mutuel Services SA, si riservano il diritto di trasmettere i dati ai terzi coinvolti nell'esecuzione del contratto in Svizzera e all'estero, in particolare a società del Groupe Mutuel Holding SA.
3. I dati personali e amministrativi sono generalmente conservati in formato elettronico e/o cartaceo e/o scannerizzati. Essi sono conservati per tutto il tempo richiesto per legge e finché la gestione del contratto d'assicurazione, dei sinistri, dei diritti di ricorso, d'incasso, della remunerazione dell'intermediario e/o di eventuali controversie tra GMA SA, Dextra, l'assicurato, l'intermediario o terzi, lo esige.

Art. 16 Giurisdizione e foro competente

Il foro giuridico di un'eventuale azione giudiziaria intentata nei confronti di GMA SA è quello del domicilio in Svizzera dell'assicurato, oppure della sede di GMA SA.

Art. 17 Diritto applicabile

Alla presente assicurazione si applicano le disposizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione del 2 aprile 1908 (LCA), le disposizioni della Legge federale sulla sorveglianza delle imprese d'assicurazione del 17 dicembre 2004 e quelle della relativa Ordinanza del 9 novembre 2005 sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione private.

Condizioni particolari dell'assicurazione KidsProtect

KP

KPGA01-I4 – edizione 01.02.2022

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

Art. 1 Scopo dell'assicurazione

L'assicurazione KidsProtect prevede il versamento di una rendita mensile quando alla persona assicurata è diagnosticato un cancro ai sensi dell'articolo 2 delle presenti condizioni particolari.

Art. 2 Definizioni

1. Con il termine cancro s'intende una malattia che si manifesta con la presenza di uno o più tumori maligni per la loro istologia e caratterizzata dallo sviluppo e dalla propagazione anarchica di cellule maligne, nonché dall'invasione dei tessuti.
Sono inclusi in questa definizione la leucemia e i linfomi.
2. I cancro che si manifestano con un tumore benigno e per i quali sono effettuati un intervento chirurgico, una radioterapia, una chemioterapia o un'immunoterapia rientrano anch'essi nella definizione data al precedente punto 1.
3. Con il termine diagnosi s'intende la prima constatazione del cancro da parte di un medico abilitato e riconosciuto ai sensi della LAMal.
4. Con il termine trattamento s'intendono gli interventi chirurgici, la radioterapia, la chemioterapia o l'immunologia.
5. I controlli successivi volti a individuare eventuali recidive non sono considerati come trattamento.

Art. 3 Condizioni d'adesione

L'assicurazione KidsProtect può essere sottoscritta da qualsiasi persona domiciliata in Svizzera che non soffre di tumore o che non ha sofferto di tumore nel passato e non ha ancora compiuto 17 anni.

Art. 4 Rischio coperto

Le prestazioni del prodotto KidsProtect sono erogate quando durante la validità della copertura è diagnosticato presso la persona assicurata un cancro secondo i criteri definiti nelle presenti condizioni particolari d'assicurazione.

Art. 5 Periodo di carenza

1. La copertura d'assicurazione inizia tre mesi dopo la data d'entrata in vigore confermata nella polizza d'assicurazione.
Non vi è quindi copertura d'assicurazione per i tumori insorti o medicalmente constatati (compreso nell'ambito di un autocontrollo di prevenzione) prima della sottoscrizione del contratto e fino a tre mesi dopo l'entrata in vigore sopra indicata.
2. Un cancro insorto o medicalmente constatato prima della sottoscrizione del contratto e fino alla fine del periodo di carenza comporta la nullità del contratto. I premi eventualmente pagati sono restituiti alla persona contraente.

Art. 6 Estensione delle prestazioni

1. La prestazione assicurata corrisponde al versamento di una rendita mensile temporanea.
2. Sono erogate al massimo 15 rendite mensili.
3. L'ammontare della rendita mensile è indicato nella polizza d'assicurazione.
4. Le prestazioni rientrano nella categoria di assicurazioni di somme.

Art. 7 Diritto alle prestazioni

1. Dopo il periodo di carenza sussiste un diritto alla rendita a condizione che la copertura d'assicurazione sia in vigore.
2. La rendita è erogata dal momento in cui un medico abilitato diagnostica un cancro, durante il periodo di copertura e a condizione che sia in corso un trattamento ai sensi dell'articolo 2.4 delle presenti condizioni particolari d'assicurazione o che un trattamento palliativo sia necessario a causa della gravità della malattia, secondo quanto constatato dal medico di fiducia dell'assicuratore.
3. L'erogazione delle prestazioni è subordinata al ricevimento mensile, da parte del medico di fiducia dell'assicuratore, di un attestato medico debitamente compilato.
L'assicuratore mette a disposizione della persona contraente tale modulo affinché sia compilato dal medico abilitato.
4. Se l'inizio e/o la fine del diritto alle prestazioni avviene nel corso di un mese, la prestazione è dovuta per il mese intero.

Art. 8 Persona beneficiaria della prestazione d'assicurazione

La rendita è versata:

- a. al padre e alla madre, in parti uguali, che esercitano la potestà sul figlio assicurato, o;
- b. al padre o alla madre che esercita da solo la potestà sul figlio assicurato;
- c. in mancanza, la prestazione è erogata alla persona contraente.

Art. 9 Esclusioni

In complemento alle disposizioni delle condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari (CGC), non vi è copertura d'assicurazione per:

- a. i cancro insorti o medicalmente constatati prima della sottoscrizione del contratto, come pure nei tre mesi successivi all'entrata in vigore dell'assicurazione (periodo di carenza);
- b. i cancro per cui la durata prevedibile di trattamento, così come definito all'articolo 2.4, non superi i tre mesi secondo le osservazioni del medico di fiducia o del perito medico designato dall'assicuratore; i casi di decesso della persona assicurata durante questo periodo di tre mesi rimangono riservati.

- I controlli successivi volti a individuare eventuali recidive non sono considerati come trattamento;
- c. i tumori diagnosticati in una persona assicurata sieropositiva all'HIV;
 - d. i retinoblastomi; sono salvi i casi in cui la persona avente diritto produce la prova dell'assenza di influenza ereditaria in questi casi di cancro;
 - e. i peggioramenti di malattie dovuti direttamente o indirettamente al fatto che la persona assicurata o il suo rappresentante legale ha rifiutato di seguire o di far seguire il trattamento medico prescritto.

Art. 10 Fine del contratto d'assicurazione

In complemento alle disposizioni previste dalle condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari (CGC), il contratto d'assicurazione e il diritto alle prestazioni cessano:

- a. alla fine dell'anno civile durante il quale la persona assicurata finisce il suo 17° anno, con riserva del diritto alle prestazioni per un caso di sinistro in corso;
- b. 60 mesi dopo la data della diagnosi di cancro o all'esaurimento del diritto alle prestazioni. Il primo limite raggiunto è determinante;
- c. su richiesta della persona contraente se la persona assicurata è sieropositiva all'HIV, a decorrere dalla notifica inviata dalla persona assicurata all'assicuratore;
- d. alla disdetta del contratto d'assicurazione. Il diritto alle prestazioni per un caso di sinistro in corso rimane riservato.

Art. 11 Obblighi in caso di sinistro

In complemento alle disposizioni delle condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari (CGC), la constatazione di qualsiasi cancro (inclusi i tumori premaligni o i cancri in situ) deve essere notificata all'assicuratore entro 30 giorni.

Art. 1 Informazioni generali

Nell'ambito del contratto collettivo stipulato tra il Groupe Mutuel e il Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA (qui di seguito denominato GMA SA), l'assicurato soggetto alla legge federale sull'assicurazione malattie, o titolare di un'assicurazione complementare che offre espressamente la garanzia «Groupe Mutuel Assistance», beneficia di una copertura d'assicurazione le cui prestazioni sono qui di seguito definite. Le prestazioni «Groupe Mutuel Assistance» sono assicurate da GMA SA.

Art. 2 Obiettivo dell'assicurazione

L'obiettivo è di fornire agli assicurati in viaggio o che soggiornano fuori della Svizzera un'assicurazione medica, giuridica, finanziaria e personale (cfr. articolo 5), così come definita nelle presenti condizioni generali d'assicurazione, in caso d'urgenza medica e di infortuni durante un viaggio.

Art. 3 Definizioni

- Assicuratore: il termine «Assicuratore» qui di seguito si riferisce all'assicuratore tramite il quale l'assicurato beneficia della garanzia «Groupe Mutuel Assistance».
- Centralino telefonico d'urgenza: GMA SA mette a disposizione degli assicurati un centralino telefonico d'urgenza, operativo 24 ore su 24, 365 giorni l'anno.
- Malattia: qualsiasi alterazione improvvisa e imprevedibile della salute constatata da un'autorità medica competente. Malattia cronica: sono così definite le malattie che evolvono lentamente e si protraggono. Malattia grave: malattia che mette in pericolo la vita.
- Infortunio: qualsiasi evento derivante dall'azione violenta, improvvisa e imprevedibile di una causa esterna straordinaria. Le intossicazioni alimentari sono equiparate a un infortunio.
- Medici del centralino telefonico d'urgenza: i medici del centralino telefonico d'urgenza gestiscono le domande d'assistenza, decidono le misure appropriate e la loro assunzione secondo i termini delle presenti condizioni generali d'assicurazione.
- Trasporto con assistenza medica: trasporto che necessita un accompagnamento medico; è deciso e organizzato dai medici del centralino telefonico d'urgenza.

Art. 4 Validità

- La validità della copertura d'assicurazione è legata alla validità del contratto d'assicurazione presso l'assicuratore. Questa termina alla data alla quale l'assicurato ha smesso di essere assicurato oppure alla data di scadenza del contratto stipulato tra il Groupe Mutuel e GMA SA; l'assicuratore ha l'obbligo di informare i propri assicurati in tempo.
- La validità della copertura «Groupe Mutuel Assistance» è limitata ai viaggi fuori della Svizzera non superiori a 60 giorni consecutivi.

Art. 5 Territorialità

L'assicurato beneficia della copertura «Groupe Mutuel

Assistance» in tutto il mondo, compreso nel proprio paese di domicilio, al di là di un raggio di 20 km dalla propria residenza principale.

Art. 6 Servizio d'informazione viaggi

L'assicurato può chiamare il centralino telefonico d'urgenza per ottenere informazioni importanti d'ordine amministrativo o medico prima della partenza, quali: passaporti, visti, vaccinazioni, tasse, dogane, valute, servizi diversi.

Art. 7 Servizio di medici corrispondenti fuori della Svizzera

L'assicurato può chiamare il centralino telefonico d'urgenza per ottenere il recapito di un medico corrispondente nella regione in cui si trova. La maggior parte dei medici selezionati parla inglese e una seconda lingua, oltre alla lingua madre.

Art. 8 Servizio di consulenza medica a distanza

Se l'assicurato, durante il viaggio, ha bisogno di una consulenza medica che gli è impossibile ottenere sul posto, può chiamare il centralino telefonico d'urgenza; un medico potrà allora consigliarlo o consultare un collega. Un colloquio telefonico non permette di emettere una diagnosi e deve essere esclusivamente considerato come consiglio.

Art. 9 Evacuazione e/o rimpatrio sanitario

Se l'equipe medica assegnata dal centralino telefonico d'urgenza decide che lo stato di salute dell'assicurato necessita cure mediche o esami specifici che non possono essere effettuati sul posto, il centralino telefonico d'urgenza organizza e assume:

- il trasporto verso un centro ospedaliero regionale o in un paese capace di garantire le cure fino a quando lo stato di salute dell'assicurato non gli permette, se necessario, di essere rimpatriato dai servizi del centralino telefonico d'urgenza con un normale aereo di linea, in un ospedale vicino al suo luogo di residenza in Svizzera; oppure
- il rimpatrio in Svizzera, se non esiste un centro medico adeguato nelle vicinanze.

Le prestazioni d'evacuazione sanitaria e di rimpatrio sono fornite gratuitamente senza nessuna limitazione d'importo.

Art. 10 Invio di un medico specialista sul posto

In alcuni casi, se il rimpatrio sanitario dell'assicurato si rivela impossibile a causa dello stato della vittima, il centralino telefonico d'urgenza organizza e assume l'invio di un medico specialista da lui designato per esaminare lo stato del paziente, collaborare con il medico curante e organizzare l'eventuale rimpatrio sanitario.

Art. 11 Paziente trattato sul posto – supervisione

Se i medici del centralino telefonico d'urgenza decidono che l'assicurato può essere trattato sul posto, rimarranno comun-

que a disposizione del medico curante e dell'assicurato, se necessario. I trasporti con posto seduto, senza assistenza medica, non sono generalmente assunti, salvo avviso contrario dei medici del centralino telefonico d'urgenza. Se l'assicurato, per motivi personali, decide di continuare il proprio trattamento in un altro paese, il centralino telefonico d'urgenza metterà a sua disposizione tutte le informazioni necessarie per facilitargli le consultazioni specialistiche. L'assicurato è responsabile delle spese di trasporto e di trattamento.

Art. 12 Anticipo di fondi per ammissione e spese ospedaliere

Se l'assicurato ricoverato non dispone al momento di mezzi di pagamento sufficienti (contanti, assegni, carta di credito) e né un membro della famiglia, né il datore di lavoro, né l'assicuratore o qualsiasi altro garante sono subito raggiungibili, il centralino telefonico d'urgenza garantirà o effettuerà all'ospedale un bonifico fino a concorrenza di Fr. 5'000.–, come deposito per l'ammissione.

Art. 13 Invio di medicinali

In caso d'urgenza, il centralino telefonico d'urgenza può inviare qualsiasi farmaco essenziale che non può essere ottenuto sul posto. Il centralino telefonico d'urgenza assumerà le spese di spedizione normale o di servizio; il prezzo dei medicinali è a carico dell'assicurato.

Art. 14 Spese di trasporto per terzi

Se l'assicurato che viaggia da solo fuori della Svizzera è ospedalizzato da più di 7 giorni, il centralino telefonico d'urgenza metterà a disposizione della persona designata dal paziente, e avente il suo stesso paese di residenza, un buono di trasporto aereo andata e ritorno, in classe economica, per rendergli visita. Le spese di alloggio sono a carico della persona in questione.

Art. 15 Rientro dei figli

Se, a seguito di un evento che dà diritto a una prestazione d'assistenza, nessuno è in grado di occuparsi dei figli minorenni rimasti sul posto, il centralino telefonico d'urgenza organizza e assume il loro rimpatrio con accompagnamento, se necessario, fino al domicilio dell'assicurato o di un membro della famiglia.

Art. 16 Rimpatrio della salma

In caso di decesso dell'assicurato fuori della Svizzera, il centralino telefonico d'urgenza assumerà l'ammontare delle spese di trasporto della salma dell'assicurato a bordo di un normale aereo di linea o di un carro funebre, fino a concorrenza di Fr. 10'000.–.

Il centralino telefonico d'urgenza si assicurerà che il consolato e le pompe funebri effettuino le procedure necessarie; il costo di tali procedure e altri costi diversi sono a carico della famiglia o del datore di lavoro (compreso l'acquisto della bara).

Art. 17 Spese di ricerca e salvataggio

Le spese di ricerca e di salvataggio sono rimborsate fino a concorrenza di Fr. 10'000.– se l'assicurato si è trovato in una situazione di pericolo provata e che giustifica le spese generate.

Art. 18 Assistenza giuridica, tecnica e personale

Se l'assicurato nel corso di un viaggio fuori della Svizzera ha assolutamente bisogno dei servizi di un avvocato, di un interprete, di un tecnico, ecc., potrà rivolgersi a uno dei corrispondenti del centralino telefonico d'urgenza non medici nella regione in cui viaggia, in tutto il mondo. Gli basterà per questo inoltrare una domanda al centralino telefonico d'urgenza, per telefono o via fax, precisando il tipo di intervento da effettuare. I servizi resi dai corrispondenti del centralino telefonico d'urgenza sono sotto la totale responsabilità economica dell'assicurato, il quale dovrà saldare il costo di tali servizi.

Il centralino telefonico d'urgenza può anche aiutare l'assicurato per numerosi altri servizi quali: ricerca di un servizio per rimpatrio del veicolo, informare i servizi interessati in caso di perdita o furto di bagagli o di carta di credito, ricerca di un pezzo di ricambio, di un oggetto, ecc. Anche in questi casi, i servizi sono a carico dell'assicurato a condizioni da definire nel caso specifico.

Art. 19 Messaggi urgenti

Il centralino telefonico d'urgenza informa la famiglia e il datore di lavoro dell'assicurato, se necessario, della domanda d'assistenza e dell'organizzazione dei soccorsi (nessuna maggiorazione prevista per tali servizi). Il centralino telefonico può conservare, per 10 giorni, un messaggio non urgente per l'assicurato o per un corrispondente dell'assicurato.

Art. 20 Decisione, scelta dei mezzi e assunzione

In caso d'assistenza medica, i medici del centralino telefonico d'urgenza, una volta avvertiti, si mettono in contatto con il medico curante dell'assicurato per fare un bilancio sulla gravità del caso e sul grado d'urgenza.

La decisione dei mezzi da utilizzare è presa anche tenendo conto delle reali possibilità di trattamento sul posto, delle distanze da percorrere, dei tempi d'intervento, ecc; i medici della famiglia o del datore di lavoro saranno consultati, se necessario e se disponibili.

Solo i medici del centralino telefonico d'urgenza decidono quali servizi possono essere forniti e la loro assunzione e, in particolare, quali mezzi di trasporto utilizzare e se è necessaria un'assistenza medica o paramedica.

In ogni caso, le prestazioni garantite che non sono state richieste durante il viaggio o che non sono state organizzate dal centralino telefonico d'urgenza, o previo suo accordo, non danno diritto a posteriori a un rimborso o a un risarcimento.

Art. 21 Esclusioni

I casi che non permettono di ottenere l'assunzione delle prestazioni definite nelle presenti condizioni generali d'assicurazione sono i seguenti.

- a. I casi di affezioni o lesioni benigne che possono essere trattate sul posto e non impediscono all'assicurato di continuare il viaggio.
- b. I casi in cui lo stato di salute dell'assicurato gli permette di viaggiare normalmente, seduto, e senza assistenza medi-

ca, salvo se i medici del centralino telefonico d'urgenza ne accettano l'assunzione.

- c. I casi di convalescenze e di affezioni in cura e non ancora guarite, le ricadute di malattie già avute in passato e che comportano un rischio di aggravamento improvviso e i casi in cui il viaggio ha per scopo di effettuare un trattamento medico.
- d. I casi di gravidanza, salvo complicazioni notevoli e imprevedibili. I futuri bambini sono coperti; devono essere dichiarati entro 10 giorni al massimo dalla nascita.
- e. I casi consecutivi a un suicidio o a un tentativo di suicidio.
- f. I casi di malattie mentali già oggetto di cura nel passato.
- g. I casi in cui l'assicurato partecipa o si espone volontariamente ad attività di guerriglia estere o civili, sommosse, insurrezioni e rappresaglie.
- h. I casi d'utilizzo di droghe, salvo quelle prescritte da un medico, inclusa qualsiasi patologia legata all'etilismo.
- i. I casi dovuti agli effetti diretti o indiretti di reazioni dell'atomo.
- j. I casi in cui l'assicurato partecipa a gare sportive e quelli in cui l'assicurato esercita un'attività professionale ritenuta pericolosa.

Art. 22 Obblighi dell'assicurato in caso di sinistro

1. L'assicurato deve informare immediatamente il centralino telefonico d'urgenza del verificarsi di un evento o dell'affezione di cui è vittima al numero di telefono 0848 808 111 (dall'estero: +41 848 808 111); il numero figura sulla tessera d'assicurato.
In caso di violazione di tale disposizione, l'assicurato sarà privato del proprio diritto alle prestazioni. In questo caso, l'assicurato dovrà assumere le eventuali spese supplementari affrontate dal centralino telefonico d'urgenza, se risulta che tali spese non si sarebbero avute se la domanda fosse stata inoltrata in tempo.
2. L'assicurato s'impegna a fare tutto il necessario per limitare l'entità del sinistro e per contribuire a chiarirne l'origine.
3. L'assicurato è tenuto ad adempiere i propri obblighi di notifica e d'informazione legali o contrattuali e le regole buona condotta (tra cui, notifica immediata dell'evento assicurato al recapito indicato).
4. In caso di malattia o d'infortunio, l'assicurato deve liberare i medici curanti dal segreto professionale nei confronti del centralino telefonico d'urgenza e di GMA SA e autorizzare i medici e i delegati del centralino telefonico d'urgenza e di GMA SA ad avere libero accesso presso l'assicurato per esaminarne lo stato di salute.
5. Se l'assicurato può rivendicare dei diritti a prestazioni fornite dal centralino telefonico d'urgenza o da GMA SA nei confronti di terzi, deve conservare tali diritti e cederli a GMA SA.
6. In ogni caso, le decisioni relative alla necessità e alla scelta di date, mezzi di trasporto e centro d'assistenza sono prese dall'equipe medica del centralino telefonico d'urgenza.
7. Se un trasporto è assunto conformemente all'articolo 9 delle presenti condizioni generali d'assicurazione, l'assicurato deve restituire a GMA SA il biglietto di ritorno inutilizzato previsto inizialmente o il suo rimborso.

Art. 23 Restrizioni

Tutte le richieste inoltrate da una delle parti contraenti, in virtù delle presenti condizioni generali d'assicurazione, saranno considerate nulle se GMA SA non è informato della clausola contrattuale specifica su cui si fonda la domanda entro 30 giorni dalla data in cui si verifica l'evento in questione.

Art. 24 Surrogazione

GMA SA subentra fino a concorrenza del costo delle prestazioni da lui fornite, nei diritti e nelle azioni dell'assicurato, nei confronti di qualsiasi persona responsabile dei fatti che hanno richiesto il suo intervento.

Se le prestazioni fornite secondo le presenti condizioni generali d'assicurazione sono interamente o in parte coperte da una polizza d'assicurazione, obbligatoria o privata, GMA SA è surrogato nei diritti e nelle azioni dell'assicurato nei confronti di tali assicurazioni.

Art. 25 Limitazioni

GMA SA declina qualsiasi responsabilità per i casi in cui gli fosse impossibile, a seguito di scioperi o di circostanze indipendenti dalla sua volontà, compreso i casi di forza maggiore (guerra, invasione, aggressione nemica, ostilità dichiarate o no, guerra civile, ribellione, rivoluzione, insurrezione, sommossa o agitazioni civili, divieti di volo o quelli imposti dalla legislazione locale), garantire i propri servizi o fornirli in tempo utile.

Art. 26 Notifica

Qualsiasi notifica di GMA SA all'assicurato deve essere inoltrata per iscritto all'ultimo indirizzo noto.

Lo stesso vale per qualsiasi notifica da parte dell'assicurato che deve essere indirizzata a:

Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA

Rue des Cèdres 5

Casella postale - CH-1919 Martigny

Art. 27 Prescrizione

Qualsiasi azione derivante dalla garanzia «Groupe Mutuel Assistance» è prescritta entro due anni a decorrere dalla data dell'evento che ne determina la nascita.

Art. 28 Giurisdizione

In caso di divergenza o di controversia derivante dall'applicazione delle presenti condizioni generali, l'assicurato può scegliere o i tribunali del proprio domicilio in Svizzera, o i tribunali ordinari della sede di GMA SA. Se l'assicurato è domiciliato fuori della Svizzera, il foro esclusivo è quello del Cantone del Vallese.

Art. 29 Diritto applicabile

Le disposizioni della legge federale del 2 aprile 1908 sul contratto d'assicurazione sono applicabili.



Consulenze personalizzate e senza impegno

0848 803 111
groupemutuel.ch

groupe**mutuel**

Groupe Mutuel Holding SA Rue des Cèdres 5 CH-1919 Martigny 0848 803 111 / groupemutuel.ch



Società d'assicurazione di Groupe Mutuel Holding SA: Avenir Assicurazione Malattia SA / Easy Sana Assicurazione Malattia SA / Mutuel Assicurazione Malattia SA
Philos Assicurazione Malattia SA / SUPRA-1846 SA / AMB Assicurazioni SA / Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA / Groupe Mutuel Vita GMV SA
Fondazioni amministrate da Groupe Mutuel Services SA: Groupe Mutuel Previdenza-GMP / Mutuelle Neuchâteloise Assurance Maladie
Fondazione Opsion Libero Passaggio / Fondazione Collettiva Opsion