

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Global mi-privée

GM

GMGA01-I7 – edizione 01.07.2000

Indice

Art. 1	Condizioni di affiliazione	Art. 4	Diritto alle prestazioni
Art. 2	Prestazioni assicurate	Art. 5	Vantaggi «LeClub»
Art. 3	Entità delle prestazioni	Art. 6	Premio

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

- Qualsiasi persona può aderire all'assicurazione complementare Global mi-privée fino all'età di 55 anni compiuti.
- 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.
- 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.
- 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 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 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, chinesiologia, 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 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 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, assunzione 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

Assicurazione Global mi-privée (GM)

Tariffe mensili 2020

Premi senza franchigia

		0-18	19-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	66-70	71 e +
Valais	Donne	24.60	50.50	96.30	96.60	94.60	80.30	82.80	94.80	106.30	128.70	151.40	178.30
	Uomini	23.40	29.80	33.40	38.40	43.60	49.60	60.90	76.30	102.30	127.20	154.80	195.60
Neuchâtel	Donne	29.70	65.00	130.80	130.00	126.10	103.90	106.90	123.90	139.70	172.50	205.00	244.70
	Uomini	27.90	36.50	41.10	47.60	54.80	63.40	79.80	101.90	139.50	176.10	215.90	275.80
Berna	Donne	33.70	76.60	158.40	156.70	151.40	122.80	126.00	147.10	166.50	207.60	247.90	297.80
	Uomini	31.50	41.90	47.10	55.00	63.80	74.50	95.00	122.40	169.20	215.20	264.60	339.90
Zurigo	Donne	35.80	82.50	172.20	170.10	164.10	132.30	135.60	158.70	179.90	225.00	269.30	324.20
	Uomini	33.30	44.60	50.20	58.80	68.20	79.90	102.50	132.70	184.10	234.80	288.90	372.00
Basilea città - Basilea campagna - Ginevra - Vaud	Donne	38.80	91.20	192.90	190.20	183.10	146.40	149.90	176.20	199.90	251.20	301.50	364.00
	Uomini	36.00	48.60	54.60	64.30	74.90	88.20	113.80	148.10	206.40	264.10	325.50	420.00
Altri cantoni	Donne	31.70	70.90	144.60	143.30	138.80	113.40	116.40	135.50	153.10	190.00	226.50	271.20
	Uomini	29.70	39.20	44.10	51.30	59.20	68.90	87.30	112.20	154.40	195.70	240.30	307.80

Franchigia di Fr. 1'000.- : 10% di sconto sulla tariffa Global mi-privée, max. Fr. 13.50 al mese

Franchigia di Fr. 3'000.- : 25% di sconto sulla tariffa Global mi-privée, max. Fr. 40.50 al mese