groupemutuel

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Global Solution

GO

GOAM04-I3 - edizione 01.06.2021 (con clausola addizionale dal 01.01.2024)

Indice

Art. 1	Scopo dell'assicurazione	**Art. 7**	Premi
Art. 2	Rischi coperti	**Art. 8**	Franchigie
Art. 3	Condizioni d'adesione	**Art. 9**	Uscita dalla cerchia degli assicurati di un programma d'assicurazione collettivo e scioglimento della convenzione quadro
Art. 4	Disdetta del contratto d'assicurazione		
Art. 5	Prestazioni assicurate		
Art. 6	Diritto alle prestazioni		

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. Lo scopo dell'assicurazione è di fornire agli assicurati prestazioni specifiche in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOCMS) secondo la legge sull'assicurazione malattie (LAMal).
2. Per le persone soggette all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOCMS), 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 Solution sono erogate in complemento a tale assicurazione.
3. L'assicurazione Global Solution include tre livelli di copertura (modulo di base):
   – Livello 1
   – Livello 2
   – Livello 3
4. Il modulo di base può essere completato con le opzioni «Dentaire plus», «Prestazioni ampliate» e «Upgrade trattamento in caso d'emergenza all'estero».

Art. 2 Rischi coperti

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

Art. 3 Condizioni d'adesione

1. Qualsiasi persona può sottoscrivere l'assicurazione Global Solution, livello 1 e livello 2, senza limite d'età. Per il livello 3, il limite d'età è fissato al giorno del 65° compleanno.
2. L'assicurazione Global Solution è altresì proposta alle persone domiciliate all'estero (in particolare i frontalieri, i lavoratori distaccati e i componenti della loro famiglia) soggetti all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal, in virtù dell'accordo sulla libera circolazione delle persone UE/AELS o di altre convenzioni internazionali di sicurezza sociale.
3. Nell'ambito di un programma d'assicurazione collettivo, la cerchia di persone assicurabili è definita nella convenzione quadro stipulata tra l'azienda assicurata e l'assicuratore.
4. Sussistono disposizioni particolari per i collaboratori di cittadinanza straniera o svizzera che sono trasferiti o assunti dal loro datore di lavoro per venire in Svizzera (qui di seguito «rimpatriati») come pure per i collaboratori di cittadinanza straniera o svizzera che sono trasferiti all'estero dal loro datore di lavoro (qui di seguito «espatriati») e per i componenti della loro famiglia.
   a. Con parziale deroga agli articoli 6 e 9 delle CGC, l'assicuratore può applicare una procedura semplificata d'adesione o d'aumento del rischio coperto ai proponenti o agli assicurati rimpatriati/espatriati e ai membri della loro famiglia.
   b. In deroga all'articolo 6.2 delle condizioni particolari d'assicurazione (CP), regole specifiche possono essere applicate nei confronti di questa categoria di assicurati per quel che riguarda il periodo di carenza di dodici mesi per le prestazioni di maternità.
   c. Nella convenzione quadro stipulata tra l'azienda assicurata e l'assicuratore sono specificate tali particolarità.

Art. 4 Disdetta del contratto d'assicurazione

In deroga all'articolo 13 delle CGC, il contratto d'assicurazione può essere disdetto dopo tre anni di copertura assicurativa e poi annualmente, per la fine di un anno civile, con preavviso di un mese.

Art. 5 Prestazioni assicurate

1. In Svizzera

	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Descrizione
Ospedalizzazione	reparto comune	reparto comune	reparto semiprivato o privato La variante assicurata è indicata nella polizza d'assicu-ra-zione	– Libera scelta in Svizzera, secondo il livello sottoscritto, di un centro 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 o alle tariffe cantonali. – I centri ospedalieri devono essere riconosciuti ai sensi della LAMal (ospedali catalogati) o aver concluso un accordo tariffario con Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA per i reparti corrispondenti. – Le prestazioni ospedaliere in un centro psichiatrico non sono più erogate dopo 180 giorni nel corso di un anno civile. – Dopo 180 giorni d'ospedalizzazione durante un anno civile nel reparto semiprivato o privato, le prestazioni ospedaliere non sono più erogate. – Le prestazioni ospedaliere in un centro di cure psichiatrico sono imputate sulle prestazioni d'ospedalizzazione nel reparto semiprivato o privato. – L'assicurato è tenuto ad informarsi se il centro ospedaliero, il reparto scelto o la clinica dove si farà curare fanno parte dei centri rico-no-sciuti dall'assicuratore.
Trattamenti ambulatoriali	100%	100%	100%	– 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%	– Medicinali prescritti da un medico o da un fornitore di cure rico-no-sciuto dalla LAMal, non rimborsati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOCMS). – Esclusioni: prodotti che figurano nell'elenco dei preparati farma-ceutici per applicazioni speciali (EPFA).
Spese di trasporto	90%	90%	90%	– 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%	– Rimborso delle terapie secondo la lista sottostante (punto 5.2 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 3 anni	Fr. 200.– ogni 3 anni	Fr. 200.– ogni 3 anni	– Costi di montature, lenti o lenti a contatto.
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	1. Secondo il livello scelto, rimborso esclusivamente delle spese di: – trattamenti dentari eseguiti da un medico dentista diplomato; – controllo dentistico preventivo annuo; – cure di ortopedia dento-facciale; – laboratorio 2. Per i trattamenti dentari derivanti da un infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione, il diritto alle prestazioni è immediato. 3. 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. 4. Per tutti i trattamenti dentari, le prestazioni sono erogate dopo un periodo di carenza di tre mesi, con riserva dei punti 2 e 3 sopra specificati. 5. La tariffa ufficiale LAINF (nomenclatura e valore di punto) è determinante per calcolare le prestazioni rimborsate; un'eventuale maggiorazione non può superare il 50%. 6. 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.

	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Descrizione
Cure termali	Nessuna prestazione	50%, max. 30 giorni/ anno civile	90%, max. 30 giorni/ anno civile	– 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. Se non si vuole perdere il proprio 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	– 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. – Se non si vuole perdere il proprio diritto alle prestazioni, una richiesta d'autorizzazione e la ricetta medica devono essere presentate all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura.
Assistenza a domicilio	50%, max. Fr. 1'500.–/ anno civile	50%, max. Fr. 1'500.–/ anno civile	90%, max. Fr. 2'500.–/ anno civile	– Le spese derivanti dall'assunzione, necessaria dal punto di vista medico, di un'assistenza 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 disintossica-zione 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	– Contributo alle spese di cura e alloggio in caso di cura residenziale in un centro specializzato in cure di disintossicazione per alcoolista. – 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 s itrova presso l'assicuratore.
Vaccinazioni	90%	90%	90%	– 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 3 anni	90%, max. 1 ogni 3 anni	90%, max. 1 ogni 3 anni	– Sono rimborsati solo i check-up eseguiti da un medico riconosciuto ai sensi della LAMal.
				– Il check-up include:
				  – per le persone fino a 40 anni: una consultazione (esame prolungato), le analisi di glucosio e di colesterolo;
				  – per le persone oltre i 40 anni: una consultazione (esame prolungato), un elettrocardiogramma a riposo, le analisi ematologiche e chimiche, del glucosio e del colesterolo.

Secondo parere	90%	90%	90%	– 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	– 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	Alexander	Auto phoni psychologie
Aromaterapia	Cardio forme	Biodinamica
Auricoloterapia	Chinesiologia	Euritmia
Biorisonanza	Digitopressione	Gestalt
Bioterapia	Drenaggio linfatico	Metodo tomatis
Consulenze nutrizionali	Etiopatia	Rebirthing
Cromoterapia	Fasciaterapia	Rilassamento
Elettroagopuntura	Integrazione posturale	Sofrologia
Erboristeria	Massaggi	Terapia NST
Eutonia	Medicina antroposofica	
Fitoterapia	Mesoterapia	
Geobiologia	Metamorfosi	
Iridologia	Ortobionomia	
Irrigazione del colon	Osteopatia	
Laserterapia	Pedicure (cure funzionali)	
Magnetismo	Polarità	
Magnetoterapia	Reiki	
Moraterapia	Riequilibrio energetico	
Naturopatia	Riflessologia	
Omeopatia	Rolfing	
Ossigenoterapia	Shiatsu	
Pittura terapeutica	Terapia Inochi	
Respirazione	Touch for Health/Cinesiologia	
Simpaticoterapia	applicata	
Terapia Kneipp	Trager	
Test laboratorio	Training autogeno	
Ventose	Vitalpraktik	

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. A pena di decadenza dal diritto alle prestazioni, le ospedalizzazioni e gli altri trattamenti onerosi oggetto di una richiesta di garanzia finanziaria da parte del fornitore di cure devono essere notificati al Groupe Mutuel Assistance tramite il modulo «notifica per richiesta di garanzia finanziaria».
   Le emergenze devono essere immediatamente notificate al Groupe Mutuel Assistance.
6. Pagamento delle prestazioni
   - Se diversi membri della famiglia si ammalano o sono vittima di un infortunio contemporaneamente, si deve richiedere al medico, all'ospedale, al farmacista o altro, una fattura separata per ogni assicurato.
   - Per ottenere il rimborso delle spese, l'assicurato deve fornire tutti i documenti giustificativi necessari (fatture originali e dettagliate, certificati medici, prescrizioni mediche, attestati di pagamento ecc.).
   - Per le fatture provenienti dall'estero, il cambio riconosciuto è quello del corso ufficiale delle valute-franco svizzero in vigore l'ultimo giorno di cura.
   - L'assicuratore riconosce le tariffe abituali valide nel paese o nella regione di cura. Si riserva il diritto di ridurre le fatture esageratamente elevate.
7. Disposizioni particolari si applicano alle persone domiciliate all'estero che rimangono soggette all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal o alle persone che hanno scelto di mantenere la copertura assicurativa conformemente all'articolo 7a dell'OAMal tramite la stipulazione di un'assicurazione facoltativa delle cure secondo la LCA.
   In deroga agli articoli 5.3.3 e 5.7, i trattamenti volontari all'estero degli assicurati precitati non sono soggetti all'autorizzazione preliminare dell'assicuratore.
   La durata massima della copertura di 12 mesi dal varco della frontiera svizzera prevista nell'articolo 4.1 delle CGC non si applica agli assicurati in questione.

8.

	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 salvataggio				Assunzione esclusivamente delle spese di: – trasporto in caso di rimpatrio, incluso quello di una persona morta, previo accordo dell'assicuratore – ricerca e salvataggio 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 «Dentaire plus»

Con un supplemento di premio, l'assicurato può estendere la propria copertura assicurativa ai trattamenti dentari elencati nell'articolo 5.1. Con questa copertura estesa, la percentuale d'assunzione delle spese corrispondenti ammonta al 75%.
In funzione della classe d'assicurazione scelta per questa opzione, le spese sono assunte fino a concorrenza di Fr. 3'000.–, rispettivamente Fr. 15'000.–.
Opzione «Dentaire plus»:
– classe 1: 75%, max. Fr. 3'000.–/anno civile
– classe 2: 75%, max. Fr. 15'000.–/anno civile
L'opzione assicurata e la classe d'assicurazione sono indicate nella polizza d'assicurazione.

6. Opzione «Prestazioni ampliate»

Con un supplemento di premio, l'assicurato può beneficiare dei seguenti incrementi di prestazioni.

	Livello 1	Livello 2	Livello 3	Descrizione
Ospedalizzazione				Per gli assicurati che hanno sottoscritto la copertura Global Solution Livello 3 la durata delle prestazioni in caso d'ospedalizzazione nel reparto semiprivato o privato è estesa a 360 giorni. La durata delle prestazioni in un centro di cure psichiatriche (180 giorni) è imputato sui 360 giorni precitati. Prestazioni non cumulabili con le prestazioni del modulo di base.
Occhiali da vista e lenti a contatto	Fr. 300.– ogni 3 anni			Prestazioni non cumulabili con le prestazioni del modulo di base.
Mezzi ausiliari	90%, max. Fr. 1'000.– ogni 3 anni			Assunzione dei 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.
Psicoterapeuta non medico e psicologi indipendenti	90%, max. Fr. 1'200.– per anno civile			Assunzione dei costi per le terapie prescritte da un medico ed ese-gui-te da uno psicoterapeuta non medico e da psicologi indipendenti.
Ecografie in caso di gravidanza	Fr. 150.– per gravidanza			Assunzione delle ecografie non assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o da programmi cantonali di prevenzione.
Corsi di preparazione al parto	Fr. 150.– per gravidanza			Corsi per parto indolore o di preparazione alla nascita non assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
Indennità unica d'allat-tamento	Fr. 100.– per bambino			A condizione che la mamma allatti il bambino per almeno 30 giorni e previa conferma di tale durata da parte del medico o della levatrice. In caso di parto plurimo, l'indennità è versata per ogni bambino.

Le disposizioni degli articoli 5.3.1 a 5.3.7 si applicano in caso di trattamento all'estero.

7. Opzione «Upgrade trattamento in caso d'emergenza all'estero»

Questa opzione consente di incrementare l'assunzione delle prestazioni precisate nell'articolo 5.3 fino a concorrenza di Fr. 400'000.– per anno civile.

Art. 6 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'AOCMS quando le prestazioni sono fornite da un medico il cui diploma è rico-no-sciuto dal diritto svizzero o da una persona autorizzata e riconosciuta dall'assicuratore. L'assicurazione retta dalle presenti disposizioni non può in alcun caso coprire le aliquote e le franchigie legali dell'AOCMS e delle altre assicurazioni complementari.

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

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

Le prestazioni ospedaliere sono limitate alla fase acuta della malattia. Quando la malattia non è più considerata acuta, in particolare in caso di trattamenti di affezioni stabilizzate o croniche, o quando la degenza in ospedale non serve più a migliorare lo stato di salute dell'assicurato, il diritto alle prestazioni si estingue.

2. Assunzione delle prestazioni in caso di maternità

a. Le prestazioni in caso di degenza in ospedale per gravidanza e parto sono erogate solo dopo un periodo d'assicurazione di 12 mesi.
b. 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.
c. 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'AOCMS). Questa regola vale anche per i centri ospedalieri con i quali non è stato convenuto alcun forfait.

4. Opzione «Dentaire plus»

Le prestazioni specificate nell'articolo 5.5 delle presenti condizioni particolari (opzione «Dentaire plus») sono coperte a condizione che siano espressamente indicate nella polizza.

5. **Opzione «Prestazioni ampliate»**
   Le prestazioni specificate nell'articolo 5.6 delle presenti condizioni particolari (opzione «Prestazioni ampliate») sono coperte a condizione che siano espressamente indicate nella polizza.
6. **Opzione «Upgrade trattamento in caso d'emergenza all'estero»**
   Le prestazioni specificate nell'articolo 5.7 delle presenti condizioni particolari (opzione «Upgrade trattamento in caso di emergenza all'estero») sono coperte a condizione che ciò sia espressamente indicato nella polizza.

Art. 7 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, salvo per l'opzione «Dentaire plus», 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.

Per l'opzione «Dentaire plus», le classi d'età si suddivono in fasce di cinque anni (0-5 anni, 6-10 anni, ecc.). I premi tengono conto delle classi d'età soprastanti.

Art. 8 Franchigie

1. Gli assicurati che hanno sottoscritto i livelli 2 e 3 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. 9 Uscita dalla cerchia degli assicurati di un programma d'assicurazione collettivo e scioglimento della convezione quadro

1. In caso di uscita dalla cerchia degli assicurati di un programma d'assicurazione collettivo, 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 un programma d'assicurazione collettivo.
3. Le riserve già esistenti prima dell'uscita dalla cerchia degli assicurati di un programma d'assicurazione collettivo sono mantenute.
4. L'entrata in vigore del contratto sottoscritto prima dell'u-scita dalla cerchia degli assicurati di un programma d'assicurazione collettivo è considerato per calcolare i periodi di carenza.
5. Le prestazioni erogate prima dell'uscita dalla cerchia degli assicurati di un programma d'assicurazione collettivo sono considerate per calcolare i massimali delle pre-stazioni.
6. Le stesse disposizioni si applicano in caso di scioglimento della convenzione quadro stipulata tra l'azienda assicurata e l'assicuratore.
7. L'assicurato deve informare l'assicuratore per iscritto dell'uscita dalla cerchia degli assicurati di un programma d'assicurazione collettivo entro 30 giorni.
   Se viola tale obbligo di notifica, l'assicurato 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 all'assicurato, cui spetta quindi pagare tali premi.
9. L'assicurato può disdire il contratto entro trenta giorni dal ricevimento della nuova polizza.

Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA (GMA SA)

Clausola addizionale alle condizioni particolari - versione del 01.01.2024 Global Solution - GOAM04

Le disposizioni della clausola addizionale si applicano a decorrere dal 1° gennaio 2024 alle persone che hanno sottoscritto l'assicurazione Global Solution – GOAM04.

Prestazioni assicurate
Sostituisce la parte "Ospedalizzazione" dell'art. 5, colonna "Descrizione".

- L'assicurato ha la libera scelta in Svizzera, secondo il livello scelto, di un ente ospedaliero per cure generiche o psichiatriche, per malattie di tipo acuto.
- L'assicuratore assume i costi degli enti ospedalieri o dei medici riconosciuti, vale a dire quelli con cui l'assicuratore ha stipulato una convenzione tariffale.
- Se un assicurato usufruisce di prestazioni da parte di un ente ospedaliero o di un medico non riconosciuto, avrà diritto, a seconda del tipo di cura (acuta, di riabilitazione o psichiatrica) e del reparto (semiprivato o privato), al rimborso delle prestazioni d'ospedalizzazione con degenza effettivamente fatturate, ma non superiori ai seguenti importi per notte d'ospedalizzazione:

	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.–

- L'elenco dei fornitori di prestazioni e degli importi massimi è disponibile sul sito Internet dell'assicuratore o può essere ottenuto su richiesta. L'elenco valido al momento del trattamento è determinante.
- L'assicuratore può modificare in qualunque momento l'elenco dei fornitori di prestazioni. Tale modifica dell'elenco non fa scaturire alcun diritto di disdetta per il contraente.
- Le prestazioni ospedaliere in un centro psichiatrico non sono più erogate dopo 180 giorni nel corso di un anno civile.
- Dopo 180 giorni d'ospedalizzazione durante un anno civile nel reparto semiprivato o privato, le prestazioni ospedaliere non sono più erogate.
- Le prestazioni ospedaliere in un centro di cure psichiatrico sono imputate sulle prestazioni d'ospedalizzazione nel reparto semiprivato o privato.
- L'assicurato è tenuto ad informarsi se l'ente ospedaliero, il reparto scelto o la clinica dove si farà curare fanno parte dei centri riconosciuti dall'assicuratore.

Misure di risparmio
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.