

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Global classic

GI

GIGA02-I7 – edizione 01.11.2008

Indice

Art. 1	Scopo dell'assicurazione	Art. 6	Estensione delle prestazioni
Art. 2	Condizioni d'ammissione	Art. 7	Diritto alle prestazioni
Art. 3	Rischi coperti	Art. 8	Premi
Art. 4	Prestazioni assicurate «modulo di base»	Art. 9	Bonus famiglia – modulo di base
Art. 5	Prestazioni assicurate – opzione «plus»	Art. 10	Doveri dell'assicurato

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 ospedalieri 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.

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, chinesiologia, 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