

Condizioni particolari dell'assicurazione delle cure complementari con bonus

SB

SBAM01-I5 – edizione 01.09.2010

Indice

Art. 1	Condizioni di adesione	Art. 7	Franchigia
Art. 2	Importi annui assicurabili	Art. 8	Premio
Art. 3	Diritto alle prestazioni	Art. 9	Livello dei premi
Art. 4	Onorari e fatture esagerate	Art. 10	Variazione del livello dei premi
Art. 5	Prestazioni per cure	Art. 11	Diritti e doveri dell'assicurato
Art. 6	Entità delle 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 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 dei seguenti importi annui:

- Copertura per anno civile: Fr. 8'000.– SB1;
- Copertura per anno civile: Fr. 10'000.– SB2;
- Copertura per anno civile: Fr. 15'000.– SB3;
- Copertura per anno civile: Fr. 20'000.– SB4.

Art. 3 Diritto alle prestazioni

- L'assicurato ha diritto alle prestazioni dall'entrata in vigore del contratto d'assicurazione.
- Le prestazioni della presente assicurazione sono erogate 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 proprio capitale si rinnovano al primo gennaio dell'anno successivo. Le spese posteriori all'esaurimento del diritto non possono essere riportate sull'anno successivo.
- Qualora le prestazioni offerte dall'assicurazione delle cure speciali (SP), dall'assicurazione delle cure dentarie (DP) e dall'assicurazione delle spese dentarie (TD), siano in concorrenza con le prestazioni dell'assicurazione delle cure complementari (SC), le prestazioni di quest'ultima categoria d'assicurazione saranno versate in complemento a quelle delle assicurazioni complementari SP, DP e TD.

Art. 4 Onorari e fatture esagerate

L'assicuratore si riserva il diritto di contestare gli onorari e le altre fatture che ritiene esageratamente elevate e di limitare le proprie prestazioni.

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, da altre assicurazioni sociali o private o da terzi, se le prestazioni fornite sono prescritte 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 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 (SB1, SB2, SB3 e SB4)**
La percentuale prevista delle spese che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure, ad eccezione dei medicinali della lista dei prodotti farmaceutici a carico degli assicurati.
 - Medicamenti fuori lista (SB1, SB2, SB3 e SB4)**
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, ad eccezione dei farmaci della lista dei prodotti farmaceutici a carico degli assicurati (LPFA).
 - Medicina dolce (SB2, SB3 e SB4)**
L'assicuratore assume i costi le spese delle terapie qui di seguito elencate a condizione che siano di-

spensate da un medico diplomato svizzero o praticante in terapia naturale riconosciuto dall'assicuratore e membro delle seguenti società:

- Associazione dei praticanti in terapia naturale (APTN/NVS/ATN);
- Associazione romanda dei terapeuti (ART);
- Società svizzera dei medici naturalisti (SSMN);
- Assicurazione salute consigli assistenza (ASCA);
- Associazione svizzera d'etiopatia (ASE);
- Federazione praticanti di salute in naturopatia (FSPN);
- Registro svizzero degli osteopatici (RSO).

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

Elenco delle terapie «medicina dolce»

Naturopatia:

Agopuntura, elettroagopuntura, aromaterapia, bioterapia, cromoterapia, omeopatia, iridologia, terapia laser, magnetoterapia, moraterapia, ossigenoterapia biocatalitica, terapia del simpatico, ventose, erboristeria, fitoterapia, auricoloterapia.

Tecniche terapeutiche:

Drenaggio linfatico, etiopatia, integrazione posturale, chinesologia, polarità magnetica, massaggi, ortobionomia, osteopatia, riflessologia, riequilibrio energetico, rolfing, shiatsu, agopressione, mesoterapia, medicina antroposofica, training autogeno, reiki.

Psicoterapia:

Biodinamica, sofrologia, metodo tomatis.

- Qualsiasi cambiamento volontario di terapia o del medico praticante durante il trattamento dovrà essere notificato e autorizzato 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. Osteopatia (SB1, SB2, SB3 e SB4)
La percentuale prevista delle spese di cura.
 5. Agopuntura, omeopatia, elettro-agopuntura, sofrologia (SB1, SB2, SB3 e SB4)
La percentuale prevista delle spese di cura dispensate da un medico, che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure.
 6. Cure in Svizzera (SB1, SB2, SB3 e SB4)
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 inviata all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura, con allegata la prescrizione medica.
 7. Cure termali all'estero (SB3 e SB4)
Un contributo alle spese di cure termali all'estero, necessarie dal punto di vista medico, ma solo previo accordo dell'assicuratore. La richiesta di autorizzazione deve essere inviata all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura, con allegata la pre-

scrizione medica.

8. Supplementi di tariffe (SB1, SB2, SB3 e SB4)
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. L'importo è limitato a quanto previsto dall'articolo 6.
9. Indennità per spese private in caso d'ospedalizzazione (SB1, SB2, SB3 e SB4)
Un'indennità unica e forfettaria per ospedalizzazioni di oltre otto giorni.
10. Spese di accompagnamento in un centro ospedaliero (SB1, SB2, SB3 e SB4)
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 (SB1, SB2, SB3 e SB4)
Previo richiesta all'assicuratore sono rimborsate:
 - le spese per assumere personale per l'aiuto domiciliare necessario dal punto di vista medico e 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.
12. Ortottica (SB1, SB2, SB3 e SB4)
La percentuale prevista delle spese di cura, conformemente al tariffario dell'Al.
13. Occhiali e lenti a contatto (SB1, SB2, SB3 e SB4)
Le spese d'acquisto di occhiali da vista o di lenti a contatto acquistati in Svizzera o all'estero che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure.
14. Apparecchi e protesi ortopediche (SB1, SB2, SB3 e SB4)
Le spese di noleggio e d'acquisto di protesi ortopediche e di mezzi ausiliari (protesi dentarie escluse) prescritti da un medico. Per il rimborso è determinante la lista stilata dall'assicuratore.
15. Corsi di preparazione al parto (SB1, SB2, SB3 e SB4)
Le spese di preparazione al parto o di preparazione alla nascita che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure.
16. Indennità unica d'allattamento (SB1, SB2, SB3 e SB4)
Un'indennità d'allattamento se la madre allatta il bambino per almeno 30 giorni e se la durata d'allattamento è confermata dal medico o dalla levatrice. In caso di parto plurimo, l'indennità è versata per ogni figlio.

17. Ecografie (SB1, SB2, SB3 e SB4)

L'importo previsto delle ecografie che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure.

18. Vaccini (SB1, SB2, SB3 e SB4)

Le spese delle vaccinazioni che non sono incluse nell'ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure e che sono necessarie in Svizzera, come pure quelle prescritte in caso di partenza all'estero.

19. Test Elisa o HIV (SB1, SB2, SB3 e SB4)

La cassa versa un contributo annuo per le spese di test preventivi prescritti e dispensati fornitori di prestazioni riconosciuti.

20. Sterilizzazione volontaria (SB1, SB2, SB3 e SB4)

La percentuale prevista delle spese d'intervento, conformemente alle tariffe che sarebbero applicate nell'assicurazione obbligatoria delle cure.

21. Cure dentarie a seguito d'infortunio (SB1, SB2, SB3 e SB4)

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.

22. Cure dentarie a seguito di malattia (SB2, SB3 e SB4)

L'importo previsto per le cure dentarie dispensate da un dentista titolare di un diploma federale e che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure. Le spese dentarie sono rimborsate secondo tariffa LAINF.

23. Spese di trasporto (SB1, SB2, SB3 e SB4)

L'assicuratore versa un contributo per le spese di trasporto, a seguito 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, bus) necessarie per un trattamento ambulatoriale sono anch'esse assunte se hanno lo scopo di evitare un'ospedalizzazione.

24. Groupe Mutuel Assistance (SB1, SB2, SB3 e SB4)

Le prestazioni previste dalle condizioni d'intervento del Gruppo Mutuel Assistance (rimpatrio e trasporto, oltre i 20 km dal domicilio).

Art. 6 Entità delle prestazioni

Le prestazioni specificate nell'articolo 5 sono versate nei limiti e fino a concorrenza degli importi che figurano nella seguente tabella (vedere ultima pagina).

Art. 7 Franchigia

1. Sulle prestazioni di questa categoria d'assicurazione è prelevata una franchigia annua di Fr. 50.-.
2. Non è richiesta alcuna franchigia sulle prestazioni del Gruppo Mutuel Assistance.

Art. 8 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 successivo. Le classi d'età determinanti sono le seguenti:
 - minorenni: 0-18 anni;
 - giovani adulti: 19-25 anni;
 - dal 26° anno, le classi d'età sono scaglionate in gruppi di 5 anni.
2. I premi sono calcolati secondo le classi d'età di cui sopra e sulla base dei livelli dei premi.

Art. 9 Livello dei premi

1. Per l'anno dell'affiliazione, come pure per l'anno successivo, si applica il livello dei premi 5
2. Sono possibili i livelli dei premi seguenti:

Livelli dei premi	% del premio SB
10	140
9	130
8	120
7	110
6	100
5	90
4	80
3	70
2	60
1	50

Art. 10 Variazione del livello dei premi

1. Qualora nel corso di un periodo di riferimento, l'assicurato non benefici di alcuna prestazione, il premio dell'anno civile successivo è calcolato sulla base del livello dei premi immediatamente inferiore, a meno che non abbia già raggiunto il livello dei premi minimo.
2. Il periodo dal 1° luglio al 30 giugno è considerato periodo di riferimento per verificare se l'assicurato ha beneficiato di prestazioni dell'assicurazione delle cure complementari con bonus. Per attribuire il periodo di riferimento è determinante la data di pagamento della prestazione da parte dell'assicuratore.
3. Se durante un periodo di riferimento, l'assicurato beneficia di prestazioni (importi accettati dall'assicuratore), il premio dell'anno civile successivo è aumentato nel modo seguente:
 - Fr. 0.- a Fr. 50.- nessuno aumento di livello;
 - Fr. 50.- a Fr. 200.- aumento di un livello;
 - oltre Fr. 200.- aumento di 2 livelli.

L'aumento può raggiungere al massimo il livello dei premi 10 che equivale al 140% del premio ordinario.

4. Una modifica del livello dei premi non è considerata come un adeguamento dei premi ai sensi delle condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari (CGC). Il diritto di disdire il contratto in caso di adeguamento dei premi non è dunque applicabile alla fattispecie.

Art. 11 Diritti e doveri dell'assicurato

1. Se la fattura è inviata all'assicuratore dopo 12 mesi dalla data di emissione e, per questo motivo, l'assicurato beneficia indebitamente di una riduzione dei premi, l'assicuratore è autorizzato a ridurre le sue prestazioni proporzionalmente al premio indebitamente risparmiato.
2. Se per il rimborso delle prestazioni è applicato il sistema del terzo pagante, l'assicurato può, entro 30 giorni dalla ricezione del conteggio, rimborsare all'assicuratore le prestazioni da questi versate, permettendo così all'assicurato di conservare il diritto al bonus.

	1	2	3	4
Livello delle prestazioni				
Medicamenti limitati (art. 5, cpv. 2, cf. 1)	90% dei medicamenti, max. Fr. 600.-/anno civile	90% dei medicinali, max. Fr. 800.-/anno civile	90% dei medicinali, max. Fr. 1'000.-/anno civile	90% dei medicinali, max. Fr. 1'200.-/anno civile
Medicamenti fuori lista (art. 5, cpv. 2, cf. 2)	90% dei medicinali, max. Fr. 600.-/anno civile	90% dei medicinali, max. Fr. 800.-/anno civile	90% dei medicinali, max. Fr. 1'000.-/anno civile	90% dei medicinali, max. Fr. 1'200.-/anno civile
Medicina dolce (art. 5, cpv. 2, cf. 4)	nessuna prestazione	80% delle spese, max. Fr. 2'000.-/anno civile	80% delle spese, max. Fr. 3'000.-/anno civile	80% delle spese, max. Fr. 4'000.-/anno civile
Osteopatia (art. 5, cpv. 2, cf. 4)	50% delle spese, max. Fr. 500.-/anno civile	vedere medicina dolce	vedere medicina dolce	vedere medicina dolce
Agopuntura, omeopatia, elettro-agopuntura, sofrologia (art. 5, cpv. 2, cf. 5)	50% delle spese, max. Fr. 250.- per anno civile	vedere medicina dolce	vedere medicina dolce	vedere medicina dolce
Cures termali in Svizzera (art. 5, cpv. 2, cf. 6)	50% delle spese, max. Fr. 250.-/per anno civile	60% delle spese, max. Fr. 300.-/per anno civile	80% delle spese, max. Fr. 500.-/per anno civile	80% delle spese, max. Fr. 750.-/per anno civile
Cure di convalescenza (art. 5, cpv. 2, cf. 6)	Fr. 15.- al giorno, max. 30 giorni/caso	Fr. 20.- al giorno, max. 30 giorni/caso	Fr. 25.- al giorno, max. 30 giorni/caso	Fr. 25.- al giorno, max. 30 giorni/caso
Cure di convalescenza in seguito a ospedalizzazione (art. 5, cpv. 2, cf. 6)	Fr. 30.- al giorno, max. 30 giorni/caso	Fr. 40.- al giorno, max. 30 giorni/caso	Fr. 50.- al giorno, max. 30 giorni/caso	Fr. 50.- al giorno, max. 30 giorni/caso
Cure termali all'estero (art. 5, cpv. 2, cf. 7)	nessuna prestazione	nessuna prestazione	50% delle spese, max. Fr. 500.-/ anno civile	80% delle spese, max. Fr. 1'000.-/ anno civile
Supplementi di tariffe (art. 5, cpv. 2, cf. 8)	Fr. 500.-/anno civile	Fr. 600.-/anno civile	Fr. 800.-/anno civile	Fr. 1'000.-/anno civile
Indennità per spese private in caso di osp. (art. 5, cpv. 2, cf. 9)	Fr. 100.-/caso	Fr. 100.-/caso	Fr. 200.-/caso	Fr. 200.-/caso
Spese di accompagnamento in un centro ospedaliero (art. 5, cpv. 2, cf. 10)	Fr. 400.-/anno civile	Fr. 500.-/anno civile	Fr. 600.-/anno civile	Fr. 700.-/anno civile
Aiuto domiciliare e spese di collocamento (art. 5, cpv. 2, cf. 11)	Fr. 1'000.-/anno civile	Fr. 1'500.-/anno civile	Fr. 2'500.-/anno civile	Fr. 3'000.-/anno civile
Ortottica (art. 5, cpv. 2, cf. 12)	50% delle spese, max. Fr. 1'000.-/anno civile	50% delle spese, max. Fr. 2'000.-/anno civile	80% delle spese, max. Fr. 3'000.-/anno civile	80% delle spese, max. Fr. 3'000.-/anno civile
Occhiali e lenti a contatto (art. 5, cpv. 2, cf. 13)	nessuna prestazione	Fr. 100.-/ogni 3 anni	Fr. 150.-/ogni 3 anni	Fr. 200.-/ogni 3 anni
Apparecchi e protesi ortopediche (art. 5, cpv. 2, cf. 14)	Fr. 200.-/anno civile	Fr. 300.-/anno civile	Fr. 400.-/anno civile	Fr. 500.-/anno civile
Corsi di preparazione al parto (art. 5, cpv. 2, cf. 15)	Fr. 150.-/gravidanza	Fr. 150.-/gravidanza	Fr. 150.-/gravidanza	Fr. 150.-/gravidanza
Indennità unica d'allattamento (art. 5, cpv. 2, cf. 16)	Fr. 100.-	Fr. 100.-	Fr. 100.-	Fr. 100.-
Ecografie (art. 5, cpv. 2, cf. 17)	Fr. 80.-/casi di maternità	Fr. 150.-/casi di maternità	Fr. 200.-/casi di maternità	Fr. 250.-/casi di maternità
Vaccini (art. 5, cpv. 2, cf. 18)	90% delle spese, max. Fr. 100.- per anno civile	90% delle spese, max. Fr. 150.- per anno civile	90% delle spese, max. Fr. 200.- per anno civile	90% delle spese, max. Fr. 250.- per anno civile
Test Elisa o VIH (art. 5, cpv. 2, cf. 19)	Fr. 50.-/anno civile	Fr. 50.-/anno civile	Fr. 50.-/anno civile	Fr. 50.-/anno civile
Sterilizzazione volontaria (art. 5, cpv. 2, cf. 20)	80% delle spese, max. Fr. 200.-	80% delle spese, max. Fr. 300.-	80% delle spese, max. Fr. 400.-	80% delle spese, max. Fr. 500.-
Cure dentarie a seguito d'infortunio (art. 5, cpv. 2, cf. 21)	80% delle spese, Fr. 3'000.-/caso	80% delle spese, Fr. 4'000.-/caso	80% delle spese, Fr. 6'000.-/caso	80% delle spese, Fr. 8'000.-/caso
Cure dentarie a seguito di malattia (art. 5, cpv. 2, cf. 22)	nessuna prestazione	80% delle spese, max. Fr. 100.- ogni 3 anni	80% delle spese, max. Fr. 150.- ogni 3 anni	80% delle spese, max. Fr. 200.- ogni 3 anni
Spese di trasporto (art. 5, cpv. 2, cf. 23)	50% delle spese, max. Fr. 500.-/anno civile	80% delle spese, max. Fr. 1'000.-/anno civile	80% delle spese, max. Fr. 2'000.-/anno civile	80% delle spese, max. Fr. 2'500.-/anno civile
Capitale per anno civile	Fr. 8'000.-	Fr. 10'000.-	Fr. 15'000.-	Fr. 20'000.-
Groupe Mutuel Assistance (art. 5, cpv. 2, cf. 24)	le prestazioni che eccedono l'assicurazione	le prestazioni che eccedono l'assicurazione	le prestazioni che eccedono l'assicurazione	le prestazioni che eccedono l'assicurazione