

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare Global mi-privée

GM

GMAM01-I5 – edizione 01.09.2010

Indice

Art. 1	Condizioni di ammissione	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 ammissione

- Chiunque può sottoscrivere l'assicurazione complementare Global mi-privée, fino all'età di 55 anni compiuti.
- Gli assicurati da 0 a 18 anni, vale a dire fino al 31 dicembre dell'anno del loro 18° compleanno, beneficiano delle prestazioni supplementari descritte all'articolo 2 punto 2 con la denominazione Global Junior.
- Dal 1° gennaio dell'anno seguente il suo 55° compleanno, l'assicurato beneficia delle prestazioni supplementari descritte all'articolo 2 punto 3, con la denominazione 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, non può disdirla presso il suddetto assicuratore, la persona può sottoscrivere l'assicurazione Global mi-privée e beneficiare in tal modo esclusivamente delle prestazioni descritte all'articolo 2 punto 4, con la denominazione Global Temporis.

Art. 2 Prestazioni assicurate

1. Generalità

Le seguenti prestazioni 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

- senza franchigia;
- Fr. 1'000.– per anno civile;
- Fr. 2'000.– per anno civile;
- Fr. 3'000.– per anno civile;
- Fr. 5'000.– 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 in reparto privato

Se un assicurato è ospedalizzato in un reparto superiore alla propria classe assicurativa, sono versate al massimo le seguenti prestazioni: l'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 quivi ospedalizzato, l'assicuratore versa, per 60 giorni al massimo 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, si applica 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 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 a domicilio, l'assicurata riceve un importo di Fr. 800.–, con riserva della lettera a.
- e. 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 riservata la lettera a.
5. Entità e durata delle prestazioni
Le prestazioni dell'assicurazione d'ospedalizzazione sono assunte con riserva delle seguenti disposizioni:
- 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.
- b. L'assicuratore si riserva di limitare il diritto alle prestazioni se le tariffe applicate, sia nell'ambito delle spese di vitto e alloggio, che delle spese mediche, sono esagerate.
- c. Qualora non sia stato concluso alcun accordo nel settore degli onorari medici, è riconosciuta come tariffa quella del catalogo delle prestazioni ospedaliere applicata all'assicurazione obbligatoria delle cure, maggiorata al massimo del 50% per il reparto semiprivato.
- d. Se, per distinguere i reparti ospedalieri, un ospedale non pratica o pratica criteri diversi da quelli menzionati al punto 2.1.1 o se l'assicuratore non ha stipulato alcuna convenzione, esso riconosce soltanto il reparto privato.
- e. Nell'ambito della presente assicurazione, non sussiste 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.
- f. Dal momento in cui il malato non è più considerato di tipo acuto, il diritto alle prestazioni si estingue.
- g. 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.
- h. 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 fanno 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 in reparto semiprivato, 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, si applica soltanto la regola dell'art. 2.1.1 cifra 4 lett. d.

2. Cure complementari

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

1. Medicamenti limitati

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

2. Medicamenti fuori lista

La percentuale prevista delle spese di farmaci che non figurano in alcuna lista ufficiale (ES - EMT) e che non sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure, esclusi, tuttavia, i farmaci della LPFA.

3. Medicina dolce

L'assicuratore assume le terapie qui di seguito elencate a condizione che siano effettuate da un medico diplomato svizzero o praticante in terapia naturale riconosciuto dall'assicuratore e membro delle seguenti società:

- Associazione dei praticanti in terapia naturale (APT/NVS/ATN);
- Associazione romanda dei terapeuti (ART);
- Società svizzera dei medici naturalisti (SSMN);
- Assicurazione salute consigli assistenza (ASCA);
- Associazione svizzera d'etiopatologia (ASE);
- Federazione dei praticanti di salute in naturopatia (FSPN);
- Registro svizzero degli osteopati (RSO);
- Con riserva di accettazione di altre associazioni.

L'assicuratore si riserva il diritto di escludere alcuni praticanti in terapia naturale facenti parte delle società sopra menzionate. L'assicuratore mette a disposizione degli assicurati i nomi dei praticanti le cui prestazioni sono rimborsate.

Naturopatia:

agopuntura, elettroagopuntura, aromaterapia, bioterapia, cromoterapia, omeopatia, iridologia, terapia laser, magnetoterapia, moraterapia, ossigenoterapia, terapia dei simpatici, ventose, erboristeria, fitoterapia, auricoloterapia, magnetismo, irrigazione dei colon.

Tecniche di massaggio:

drenaggio linfatico, etiopatologia, integrazione posturale, chinesologia, 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 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 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 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.

5. Cure termali all'estero

Un contributo alle spese di trattamento di cure termali all'estero, necessarie dal punto di vista medico e previa autorizzazione dall'assicuratore. La richiesta di autorizzazione deve essere inviata all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura, con allegata 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 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 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. Ortottica

La percentuale prevista delle spese di cura, conformemente al tariffario dell'Al.

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 sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure.

12. 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.

13. 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.

14. Indennità unica d'allattamento

Un'indennità d'allattamento a condizione che la madre allatti il bambino per almeno 30 giorni e che la durata d'allattamento sia confermata dal medico o dalla levatrice. In caso di parto plurimo, l'indennità è versata per ogni figlio.

15. Ecografie e mammografie

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

16. Vaccini

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.

17. Test Elisa o HIV

L'assicuratore versa un contributo annuo per le spese di test preventivi prescritti ed effettuati da fornitori di prestazioni riconosciuti.

18. Sterilizzazione volontaria

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

19. 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.

20. 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.

21. Spese di trasporto

L'assicuratore versa un contributo per le spese di trasporto, a seguito di malattia o di infortunio, fino al centro ospedaliero o lo studio medico più vicino, a condizione che siano necessarie dal punto di vi-

sta 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 un'azione di ricerca e di salvataggio. Le spese di trasporti pubblici (treno, bus) necessarie per effettuare un trattamento ambulatoriale sono anch'esse assunte se hanno lo scopo di evitare un'ospedalizzazione.

22. 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 allorquando 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**

Prestazioni versate se la custodia è effettuata da una persona proveniente da un ente riconosciuto dall'assicuratore.

b. **Contributo attività sportiva e a contatto con la natura**

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 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 richiesta preliminare deve essere presentata all'assicuratore, che determinerà per ogni caso l'entità del contributo versato.

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**

- a. Global Temporis versa, temporaneamente, delle prestazioni Global mi-privée alle persone assicurate per 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 sulla 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 il termine di 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 mi-privée.
- h. Al trasferimento della copertura Global Temporis a quella Global mi-privée e al conseguente adattamento del premio, non si applica la disposizione dell'art. 29 delle CGC per le assicurazioni malattia complementari sul diritto di disdetta dell'assicurato.
- i. Le prestazioni erogate nell'ambito dell'assicurazione 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 specificate nell'articolo 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 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 regolata dalle presenti disposizioni non può in alcun caso servire a coprire le partecipazioni e franchigie legali dell'assicurazione obbligatoria delle cure e delle assicurazioni complementari.

Art. 5 Vantaggi «LeClub»

Con l'adesione all'assicurazione Global mi-privée, l'assicurato beneficia dei vantaggi Global Club, in particolare:

1. **Riduzioni negli hotel**
Delle riduzioni sono accordate negli hotel che figurano su una lista stilata dall'assicuratore.
2. **Riduzioni carte di credito**
Gli assicurati possono ottenere o rinnovare la loro carta di credito con le riduzioni convenute, figuranti su una lista stilata dall'assicuratore.

3. 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 successivo. 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.

Tipi di prestazioni	Global mi-privée
Medicamenti limitati	90% max. Fr. 1'000.-/anno civile
Medicamenti fuori lista	90% max. Fr. 1'000.-/anno civile
Medicina dolce	80% max. Fr. 3'000.-/anno civile
Cure termali in Svizzera	80% max. Fr. 500.- durante 30 giorni/anno civile
Cure di convalescenza	Fr. 25.- al giorno, max. 30 giorni/anno civile
Cure di convalescenza in seguito ad ospedalizzazione	Fr. 50.- al giorno, max. 30 giorni/anno civile
Cure termali all'estero	50% max. Fr. 500.-/anno civile
Supplementi tariffari	Fr. 800.-/anno civile
Indennità per spese private in caso di ospedalizzazione	Fr. 200.-/caso
Spese di accompagnamento in un centro ospedaliero	Fr. 600.-/anno civile
Aiuto domiciliare e spese di collocamento	90% max. Fr. 2'500.-/anno civile
Ortottica	80% max. Fr. 3'000.-/anno civile
Occhiali e lenti a contatto	Fr. 150.-/ogni 3 anni
Apparecchi e protesi ortopediche	Fr. 400.-/anno civile
Corsi di preparazione al parto	Fr. 150.-/gravidenza
Indennità unica d'allattamento	Fr. 100.-/bambino
Ecografie e mammografie	Fr. 200.-/anno civile
Vaccini	90% max. Fr. 200.-/anno civile
Test Elisa o VIH	Fr. 50.-/anno civile
Sterilizzazione volontaria	80% max. Fr. 400.-
Trattamenti dentari in caso d'infortunio	80% max. Fr. 6'000.-/caso
Cure dentarie per malattia	80% max. Fr. 150.- ogni 3 anni
Spese di trasporto	80% max. Fr. 2'000.-/anno civile
Psicoterapeuti non medici e psicologi indipendenti	80% max. Fr. 700.-/anno civile
Ospedalizzazione	Reparto semi-privato in tutta la Svizzera
Groupe Mutuel Assistance	Assistenza, sostegno e rimpatrio in caso di urgenza medica in viaggio e all'estero
Vantaggi «LeClub» Global Junior (0-18 anni)	Riduzioni in alcuni hotel e esercizi
Custodia di bambini a domicilio	Fr. 300.-/anno civile
Contributo attività sportiva e a contatto con la natura	Fr. 30.-/anno civile
Global Senior (a partire da 56 anni)	
Cure palliative	90% max. Fr. 3'000.-/anno civile
Soggiorni terapeutici	Fr. 300.-/anno civile
Consigli e corsi di dietetica	50% max. Fr. 250.-/anno civile

Assicurazione complementare 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 +
Uomini	Ginevra-Vaud	44.50	48.80	74.60	82.50	88.70	100.9	125.5	156.1	232.7	309.4	407	464.8
	Altri cantoni	31.60	34.70	51.30	56.50	60.40	68.30	84.20	103.9	153.4	202.9	266.2	305.7
Donne	Ginevra-Vaud	44.50	95.30	228.8	260.2	244.5	201.3	193.5	201.3	236.7	291.6	346.6	445.8
	Altri cantoni	31.60	64.70	150.9	171.1	161	133.1	128.1	133.1	155.9	191.4	226.9	292.8

Franchigia di Fr. 1'000.- : 10% di sconto sulla tariffa Global mi-privée, max. Fr. 15.- al mese

Franchigia di Fr. 2'000.- : 18% di sconto sulla tariffa Global mi-privée, max. Fr. 30.- al mese

Franchigia di Fr. 3'000.- : 25% di sconto sulla tariffa Global mi-privée, max. Fr. 45.- al mese

Franchigia di Fr. 5'000.- : 40% di sconto sulla tariffa Global mi-privée, max. Fr. 75.- al mese