

Condizioni particolari dell'assicurazione malattia complementare

GSGA01-I6 – edizione 01.12.2006

Indice

| | | | |
|---------------|--------------------------|---------------|---|
| Art. 1 | Scopo dell'assicurazione | Art. 6 | Franchigia |
| Art. 2 | Affiliazione | Art. 7 | Premi |
| Art. 3 | Prestazioni assicurate | Art. 8 | Inizio e termine della copertura assicurativa |
| Art. 4 | Diritto alle prestazioni | Art. 9 | Testo di riferimento |
| Art. 5 | 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

Scopo della presente assicurazione complementare è quello di fornire agli assicurati prestazioni specifiche complementari all'assicurazione malattia obbligatoria.

Art. 2 Affiliazione

Possono aderire all'assicurazione GS e beneficiare delle relative prestazioni esclusivamente:

1. le persone impiegate e salariate dalle aziende membri delle associazioni firmatarie di un contratto quadro con l'assicuratore;
2. le persone che, impiegate e salariate dalle aziende membri delle associazioni firmatarie di un contratto quadro con l'assicuratore, hanno diritto ad una rendita di anzianità o di invalidità.
L'elenco dei membri aderenti alle associazioni firmatarie di una convenzione quadro è disponibile presso l'assicuratore.

Art. 3 Prestazioni assicurate

L'assicuratore versa le seguenti prestazioni, in complemento all'assicurazione malattia obbligatoria (cfr. allegato A facente parte integrante delle presenti condizioni particolari).

1. Ospedalizzazione
 1. Classe d'assicurazione
Libera scelta, nel reparto comune, di un centro ospedaliero svizzero riconosciuto, per cure generali o psichiatriche, per i malati di tipo acuto.
 2. Prestazioni
In caso d'ospedalizzazione, l'assicuratore assume le spese di cura, di vitto e alloggio.
 3. 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 una casa di cura con la quale l'assicuratore non ha stipulato accordi tariffari relativi a vitto, alloggio e spese di trattamento (onorari medici compresi), gli saranno concessi Fr. 200.-/giorno, limitatamente al ricovero nel reparto comune.
- c. Nell'ambito della presente assicurazione, non è prevista copertura assicurativa in caso di trapianto di organi. Per questo tipo di trattamento, la Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malattia (SVK) ha concordato tariffe forfetarie.
- d. Dal momento in cui il malato non è più considerato di tipo acuto, il diritto alle prestazioni si estingue.

2. Cure complementari

1. Medicina dolce

L'assicuratore assume le terapie sotto indicate se sono eseguite da un medico, il cui diploma è riconosciuto dal diritto Svizzero, o da un medico esercitante terapia naturale riconosciuto dall'assicuratore.

L'assicuratore si riserva il diritto di escludere determinati terapeuti specializzati in terapie naturali.

Prima di sottoporsi alle cure, l'assicurato dovrà verificare se il terapeuta presso il quale si farà curare fa parte dei terapeuti riconosciuti dall'assicuratore.

Lista delle terapie «medicina dolce»

Naturopatia:

Agopuntura, aromaterapia, auricoloterapia, biorisonanza, bioterapia, cromoterapia, consigli nutrizionali, elettroago-

puntura, geobiologia, erboristeria, omeopatia, iridologia, irrigazione del colon, laserterapia, magnetismo, magnetoterapia, moraterapia, ossigenoterapia, fitoterapia, simpaticoterapia, ventose.

Tecniche di massaggio:

Agopuntura, linfodrenaggio, etiopatia, euritmia, fascia-terapia, integrazione posturale, chinesologia, massaggi, medicina antroposofica, mesoterapia, metamorfosi, ortobionomia, osteopatia, polarità, riequilibrio energetico, riflessologia, reiki, rolfing, shiatsu, trager, training autogeno.

Altro:

biodinamica, rebirthing, sofrologia, metodo tomatiss.

Qualsiasi cambiamento volontario di terapia o di terapia nel corso del trattamento dovrà essere preventivamente approvato dall'assicuratore.

2. **Medicamenti limitati**

La percentuale prevista del costo dei medicinali non coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure, ad eccezione, tuttavia, dei preparati farmaceutici per applicazioni speciali (LPPA).

3. **Medicamenti fuori lista**

La percentuale prevista del costo dei medicinali che non figurano in alcuna lista ufficiale (ES-EMT) e che non sono coperti dall'assicurazione malattia obbligatoria, ad eccezione, tuttavia, dei preparati farmaceutici per applicazioni speciali (LPPA).

4. **Cure termali in Svizzera e all'estero**

Contributo per le spese di cura, di vitto e alloggio in caso di cure termali in territorio svizzero e all'estero, in centri termali riconosciuti dall'assicuratore. Le prestazioni vengono concesse se necessarie dal punto di vista medico e dietro prescrizione medica. È necessario presentare all'assicuratore una richiesta di autorizzazione, accompagnata dalla prescrizione medica, con almeno 20 giorni di anticipo rispetto all'inizio della cura.

5. **Cura di convalescenza in Svizzera**

Contributo per le spese di cura, di vitto e alloggio in caso di cure di convalescenza in territorio svizzero, in centri di cura riconosciuti dall'assicuratore. È necessario presentare all'assicuratore una richiesta di autorizzazione, accompagnata dalla prescrizione medica, con almeno 20 giorni di anticipo rispetto all'inizio della cura.

6. **Occhiali e lenti a contatto**

La percentuale prevista per le spese di acquisto di occhiali da vista o lenti a contatto in Svizzera o all'estero non coperti dall'assicurazione malattia obbligatoria.

7. **Aiuto domiciliare**

Prima richiesta indirizzata all'assicurazione, la cassa accorda un importo per le spese risultanti da prestazioni di aiuto domiciliare, necessarie dal punto di vista medico, fornite da un ente ufficiale, per lo svolgimento delle faccende domestiche e degli atti quotidiani al posto dell'assicurato. Tutte le altre spese sono escluse (pulizia generale, ecc.).

8. **Apparecchi e protesi ortopediche**

La percentuale prevista delle spese di noleggio e d'acquisto di apparecchiature ortopediche e di mezzi ausiliari (protesi dentarie escluse) prescritti da un medico sarà coperta secondo la lista stabilita dall'assicuratore.

9. **Cure dentarie**

La percentuale prevista di cure dentarie eseguite da un dentista o da un odontotecnico con diploma federale non a carico dell'assicurazione obbligatoria. Le spese dentarie saranno rimborsate in base al tariffario ufficiale LAINF (nomenclatura e valore dei punti).

10. **Spese di trasporto**

L'importo previsto per le spese di trasporto, conseguente ad una malattia o ad un infortunio coperto, fino al centro ospedaliero o allo studio medico più vicino, a condizione che sia necessario dal punto di vista medico e non sia coperto dall'assicurazione obbligatoria.

Questo contributo è versato soltanto in caso di trasporto tramite ambulanza o elicottero nell'ambito di un intervento di ricerca e di salvataggio.

Sono coperte anche le spese per i trasporti pubblici (treno, bus) necessari per cure ambulatorie intese ad evitare un ricovero ospedaliero.

11. **Indennità unica d'allattamento**

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

3. **Prevenzione**

1. **Vaccini**

Le spese per le vaccinazioni non comprese nell'OPre e necessarie in Svizzera e per quelle consigliate dall'Ufficio Federale della Sanità per i viaggi all'estero.

2. **Check-up generale, esami ginecologici, ecografie, mammografie**

La percentuale prevista di spese per prestazioni dispensate da un medico riconosciuto dall'assicuratore, non coperte dall'assicurazione obbligatoria.

3. **Promozione sanitaria**

Per quanto riguarda le misure di promozione sanitaria per i problemi dorsali e prestazioni di disintossicazione dal tabacco o dall'alcool sotto forma di cura presso un istituto autorizzato, l'assicurazione copre la percentuale delle spese fatturate dai fornitori di prestazioni riconosciuti dall'assicuratore, per un importo massimo indicato nell'appendice A. Qualora si adottassero più misure di promozione sanitaria nel corso dello stesso anno civile, la prestazione massima totale coperta dall'assicurazione sarà di Fr. 500.-.

4. **Radiografia polmonare collettiva**

La percentuale prevista di spese per le radiografie polmonari, nell'ambito di misure preventive collettive, effettuate fornitori di prestazioni riconosciuti.

4. Groupe Mutuel Assistance

Le prestazioni previste dalle condizioni d'intervento del Groupe Mutuel Assistance (categoria ASS) (rimpatrio e trasporto nei casi in cui il sinistro si verifichi oltre un raggio di 20 chilometri dal domicilio dell'assicurato in Svizzera e all'estero).

Art. 4 Diritto alle prestazioni

1. L'assicurato ha diritto alle prestazioni dall'entrata in vigore del contratto d'assicurazione.
2. Le prestazioni vengono imputate, in funzione delle date di cura. Le spese successive all'esaurimento dei diritti (prestazioni con limite di durata o di importo) non possono essere riportate sull'anno seguente.
3. Nella misura prevista dalle presenti condizioni d'assicurazione, l'assicuratore rimborsa le spese non coperte dall'assicurazione malattia obbligatoria quando 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 aliquote e franchigie legali relative all'assicurazione obbligatoria delle cure e alle altre assicurazioni complementari.

Art. 5 Doveri dell'assicurato

1. 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 riconosciuti dall'assicuratore.
2. Prima di ogni trattamento, l'assicurato è tenuto ad informarsi se il terapeuta da cui si farà curare fa parte dei praticanti riconosciuti.

Art. 6 Franchigia

1. Gli assicurati hanno le seguenti possibilità di scelta:
 - senza franchigia;
 - una franchigia di Fr. 50.– per anno civile.
2. Non viene prelevata franchigia sulle prestazioni del Groupe Mutuel Assistance.

Art. 7 Premi

L'assicurato che, durante l'anno, raggiunge l'età massima della sua fascia d'età viene automaticamente trasferito, all'inizio dell'anno civile seguente, nella fascia d'età superiore. Le fasce d'età di riferimento sono:

- da 0 a 18 anni
- da 19 a 25 anni
- dal 26° anno e fino al 71° anno, le fasce d'età sono scaglionate in gruppi di 5 anni.

Art. 8 Inizio e termine della copertura assicurativa

1. Il contratto di assicurazione entra in vigore alla data indicata nella polizza assicurativa.
2. Il contratto assicurativo si considera risolto nel momento in cui l'assicurato non adempie più le condizioni dell'articolo 2. In tal caso, la copertura assicurativa e il diritto alle prestazioni si estinguono alla fine del mese in cui le suddette condizioni non sono più soddisfatte.

Art. 9 Testo di riferimento

In caso di divergenze linguistiche tra i testi, ha valore legale la versione francese.

Allegato A

| Tipo di prestazioni | Importi massimi |
|---|--|
| Ospedalizzazione | |
| Ospedalizzazione in Svizzera | Reparto comune, tutta la Svizzera |
| Trattamenti ambulatoriali e cure | |
| Medicina dolce | 90%, max. Fr. 2'000.-/anno |
| Medicamenti limitati | 90%, max. Fr. 1'500.-/anno |
| Medicamenti fuori lista | 90%, max. Fr. 1'500.-/anno |
| Cure termali in Svizzera e all'estero | Fr. 50.- per giorni, max. 30 giorni/anno |
| Cura di convalescenza in Svizzera | Fr. 30.- per giorni, max. 30 giorni/anno |
| Occhiali e lenti a contatto | 90%, max. Fr. 200.- /anno |
| Aiuto domiciliare | Max. Fr. 1'500.-/anno |
| Apparecchi e protesi ortopediche | 90%, max. Fr. 400.-/anno |
| Cure dentarie | 50%, max. Fr. 200.-/anno |
| Spese di trasporto | Max. Fr. 7'500.-/anno |
| Maternità | |
| Indennità unica d'allattamento | Fr. 100.- per ogni figlio |
| Prevenzione | |
| Vaccini | 90%, max. Fr. 150.-/anno |
| Check-up completo, esami ginecologici, ecografie, mammografie | 90%, max. Fr. 1'000.-/anno |
| Promozione salute (problemi dorsali, disintossicazione da tabacco o alcool) | 50%, max. Fr. 200.-/anno |
| Radiografia polmonare collettiva | 100% delle spese |
| Assistenza | |
| Groupe Mutuel Assistance, in caso d'emergenza in Svizzera e all'estero | |