



Assicurazione complementare Condizioni speciali (CS) complemento generale e complemento privato

Edizione 2018

Indice

complemento generale e complemento privato	
1	Basi dell'assicurazione pagina 3
1.1	Scopo
1.2	Assicuratore
1.3	Disposizioni comuni
1.4	Persone assicurate
1.5	Diritto di passaggio a categorie assicurative analoghe
1.6	Condizioni per l'erogazione delle prestazioni
1.7	Prestazioni all'estero
2	Cura medica pagina 3
2.1	Cura al di fuori del luogo di domicilio e di lavoro
2.2	Cura da parte di medici che non sottostanno alla LAMal
2.3	Visita medica privata presso medici d'ospedale che non sottostanno alla LAMal
2.4	Cura medico all'estero
2.4.1	Cura a scelta
2.4.2	Trattamento d'urgenza
2.5	Durata delle prestazioni
3	Prevenzione pagina 3
3.1	Vaccinazioni
3.2	Visita di check-up
3.3	Visita ginecologica preventiva
3.4	Maternità
3.4.1	Preparazione al parto
3.4.2	Indennità di allattamento
3.5	Corsi di promozione della salute
3.6	Ulteriori misure di prevenzione
4	Mezzi ausiliari pagina 4
4.1	Mezzi visivi
4.2	Ulteriori mezzi ausiliari

Indice

complemento generale e complemento privato		
5	Cure dentarie	pagina 4
5.1	Denti del giudizio	
5.2	Prestazioni per bambini e giovani	
5.3	Prestazioni erogate da enti pubblici	
5.4	Fornitori di prestazioni e tariffa	
5.5	Trattamento all'estero	
6	Medicina alternativa	pagina 5
6.1	Metodi della medicina empirica	
6.2	Terapisti e metodi curativi alternativi	
6.3	Prestazioni supplementari del complemento privato	
6.4	Rimedi naturali	
6.5	Prestazioni massime erogate	
6.6	Condizioni per l'erogazione delle prestazioni	
7	Medicamenti non obbligatori	pagina 5
8	Bagni termali	pagina 5
9	Cura psicoterapeutica	pagina 5
9.1	Entità delle prestazioni	
9.2	Condizioni per l'erogazione delle prestazioni	
9.3	Rapporto con l'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie	
10	Costi per trasporti, azioni di ricerca, salvataggio e recupero, spese di viaggio	pagina 6
10.1	Costi per trasporti, azioni di ricerca, salvataggio e recupero in casi d'emergenza	
10.1.1	Entità delle prestazioni	
10.1.2	Franchigia	
10.1.3	Operazioni di ricerca	
10.1.4	Prestazioni di terzi	
10.2	Spese di viaggio	
11	Partecipazione ai costi	pagina 6

complemento generale e complemento privato

1 Basi dell'assicurazione

1.1 Scopo

L'assicurazione complementare generale e l'assicurazione complementare privata erogano prestazioni per cure mediche ambulatoriali al di fuori del domicilio o del luogo di lavoro, misure di prevenzione, mezzi ausiliari, trattamenti odontoiatrici, cure o trattamenti secondo metodi alternativi, spese di trasporto e per azioni di ricerca, salvataggio e recupero, per medicinali non obbligatori come pure l'indennità di allattamento.

complemento privato si assume inoltre le spese non coperte secondo la LAMal per cure mediche da parte di medici che non sottostanno alla LAMal. Essa versa inoltre contributi per prestazioni mediche alternative all'estero e per spese di viaggio.

Le prestazioni vengono di regola fornite in complemento a tutte le altre categorie assicurative di queste CGA.

Le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (base) precedono quelle di questa categoria assicurativa.

1.2 Assicuratore

L'assicuratore è Sympany Assicurazioni SA, Basilea (di seguito denominata assicuratore).

1.3 Disposizioni comuni

Le disposizioni comuni di Sympany Assicurazioni SA costituiscono parte integrante delle disposizioni del complemento generale, rispettivamente del complemento privato. In caso di deroghe, le disposizioni del complemento generale, rispettivamente del complemento privato prevalgono sulle disposizioni comuni.

1.4 Persone assicurate

complemento generale può essere stipulata da qualsiasi persona senza limite di età, complemento privato invece dalle persone di età inferiore a 60 anni.

1.5 Diritto di passaggio a categorie assicurative analoghe

È possibile passare da complementare generale a plus natura o plus, nonché da complementare privata a premium natura o premium. Il passaggio deve sempre avvenire al 1° gennaio dell'anno successivo.

1.6 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

Le prestazioni vengono erogate solo se il trattamento è necessario per ragioni mediche e se viene eseguito da persone riconosciute dalla cassa. Per quanto riguarda il riconoscimento delle rispettive persone è necessario chiedere informazioni alla cassa.

1.7 Prestazioni all'estero

Le prestazioni relative al complemento privato vengono versate anche all'estero, tranne nella variante casamed e salvo diversamente pattuito in modo specifico.

2 Cura medica

2.1 Cura al di fuori del luogo di domicilio e di lavoro

In aggiunta alle prestazioni della base, le cure da parte di medici della cassa aderenti alla LAMal che avvengono al di fuori del luogo di domicilio o di lavoro della persona assicurata sono interamente coperte secondo la tariffa LAMal valida nel luogo di cura.

2.2 Cura da parte di medici che non sottostanno alla LAMal

complemento privato versa prestazioni secondo la tariffa LAMal per le cure prestate da medici che non sottostanno alla LAMal.

Per trattamenti psicoterapeutici vengono versate prestazioni per un massimo di 50 ore.

2.3 Visita medica privata presso medici d'ospedale che non sottostanno alla LAMal

complemento privato versa prestazioni secondo la tariffa riconosciuta per le visite private ambulatoriali di medici dirigenti di cliniche universitarie che non sottostanno alla LAMal.

Per i trattamenti psicoterapeutici complemento privato fornisce prestazioni per un massimo di 50 ore secondo la tariffa LAMal.

2.4 Cura medica all'estero

2.4.1 Cura a scelta

Per le cure mediche all'estero complemento privato si assume spese per un massimo della tariffa doppia LAMal valida nel luogo di domicilio della persona assicurata. Per gli assicurati globale sono coperte tutte le spese conformemente alla tariffa locale vigente.

Per i trattamenti psicoterapeutici vengono versate prestazioni per un massimo di 50 ore.

2.4.2 Trattamento d'urgenza

In aggiunta alle prestazioni della base, in caso di trattamenti medici d'urgenza all'estero complemento generale e complemento privato coprono il totale delle spese.

2.5 Durata delle prestazioni

Salvo diversamente previsto nel complemento generale e nel complemento privato, le prestazioni vengono versate per un periodo illimitato.

3 Prevenzione

3.1 Vaccinazioni

Per le vaccinazioni di prevenzione delle infezioni, per anno civile vengono versati i seguenti contributi:

90%, fino al massimo CHF 200.-

A tale riguardo non vengono erogate prestazioni per le vaccinazioni effettuate a scopo professionale il cui effetto medico sia controverso dal punto di vista medico o che siano ancora in fase di sperimentazione.

3.2 Visita di check-up

Se l'assicurazione di base (base) è stipulata con Sympany, dopo due anni civili consecutivi nei quali non sono state richieste prestazioni nell'assicurazione di base (base) viene corrisposto il seguente contributo alle spese certificate per una visita di check-up:

complemento generale	90% delle spese, al massimo CHF 300.-
complemento privato	90% delle spese, al massimo CHF 600.-

3.3 Visita ginecologica preventiva

Per anno civile sono assicurate le spese per una visita ginecologica preventiva secondo il tariffario LAMal, a condizione che nel rispettivo anno le stesse prestazioni non vengano corrisposte da un'assicurazione LaMal.

3.4 Maternità

3.4.1 Preparazione al parto

Per le spese certificate relative a un corso di preparazione al parto (inclusa la ginnastica postparto) presso personale qualificato, per gravidanza viene corrisposto al massimo il seguente contributo:

CHF 200.-

3.4.2 Indennità di allattamento

Sussiste il diritto a un'indennità di allattamento. L'indennità di allattamento viene versata se la madre assicurata allatta parzialmente o interamente il figlio per dieci settimane.

CHF 250.-

3.5 Mettersi in forma

Alle spese per un corso per apprendere a comportarsi in modo salutare, ordinato dal medico ed eseguito da personale qualificato (per es. corsi antitumo, prevenzione di problemi alla schiena, consulenza nutrizionistica) viene fornito il seguente contributo nell'arco di due anni civili:

complemento generale	90% delle spese, al massimo CHF 300.-
complemento privato	90% delle spese, al massimo CHF 500.-

L'assicuratore definisce quali corsi di promozione della salute riconoscere. L'elenco dei corsi riconosciuti viene aggiornato o integrato regolarmente e può essere consultato in qualsiasi momento presso la cassa.

3.6 Restare in forma

È possibile ottenere dei contributi per ulteriori misure preventive riconosciute.

4 Mezzi ausiliari

4.1 Mezzi visivi

Per le spese d'acquisto di lenti oftalmiche o di lenti a contatto necessarie per la correzione visiva della vista, alle persone assicurate di età superiore a 18 anni vengono forniti i seguenti contributi nell'arco di cinque anni civili:

complemento generale	CHF 270.-
complemento privato	CHF 420.-

Ai bambini fino ai 18 anni viene riconosciuto il seguente contributo annuale:

complemento generale	CHF 270.-
complemento privato	CHF 420.-

4.2 Ulteriori mezzi ausiliari

Per le spese di noleggio o di acquisto di mezzi ausiliari riconosciuti per i quali non vengono versate prestazioni dalla base, in caso di indicazione medica può essere corrisposto il

50% delle spese, al massimo CHF 250.- per anno civile

L'assicuratore stabilisce i mezzi ausiliari riconosciuti. L'elenco dei mezzi ausiliari riconosciuti viene aggiornato o completato regolarmente e può essere consultato in qualsiasi momento presso la cassa.

Non sono assicurati i costi risultanti dall'esercizio, dalla manutenzione e dalla riparazione di tali mezzi ausiliari.

5 Cure dentarie

5.1 Denti del giudizio

L'assicurazione copre i costi per l'estrazione dei denti del giudizio. Se il trattamento avviene in ospedale, vengono assunti costi fino all'ammontare del forfait giornaliero per il reparto comune nel cantone di domicilio, stabilito contrattualmente.

5.2 Prestazioni per bambini e giovani

Per bambini e giovani fino a 25 anni sussiste il seguente diritto alle prestazioni.

- Per le spese di una visita di controllo incluse le radiografie viene rimborsato, a condizione che non debba essere effettuata contemporaneamente una cura dentaria (a scopo di conservazione, protesi, ecc.), il seguente contributo:

CHF 60.- per anno civile

- Per le spese di cure ortopediche mascellari secondo la tariffa riconosciuta:

complemento generale	70% delle spese, al massimo CHF 5 000.-
complemento privato	70% delle spese, al massimo CHF 12 000.-

Queste prestazioni vengono fornite per le cure dopo una durata assicurativa di almeno tre anni. Per beneficiare di questa prestazione occorre presentare una diagnosi dell'anomalia posizionale, i mezzi di cura previsti e un preventivo. Se al momento della stipulazione del contratto esiste un'assicurazione precedente equivalente, l'assicurazione rinuncia a un termine di carenza a condizione che almeno un genitore sia assicurato presso Sympany. Le prestazioni già fornite da assicuratori precedenti vengono computate sulle summenzionate prestazioni, se non è stata applicata una riserva sull'intera prestazione.

5.3 Prestazioni erogate da enti pubblici

Le prestazioni vengono fornite in complemento a eventuali prestazioni dei cantoni e comuni in base alla loro legislazione sulla cura dentaria pubblica. I contributi dei cantoni e comuni vengono computati sulle prestazioni di questa categoria assicurativa.

5.4 Fornitori di prestazioni e tariffa

Il contributo si basa sulla tariffa valida per le prestazioni dentistiche dell'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie. Se un dentista applica una tariffa più elevata rispetto a quella dell'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie, la differenza è a carico della persona assicurata.

Sono considerati dentisti i titolari di un rispettivo diploma federale o di un diploma equivalente, o coloro ai quali il cantone ha rilasciato l'autorizzazione a esercitare la professione sulla base del conseguimento di un attestato scientifico.

5.5 Trattamento all'estero

L'assicurazione copre le spese dei trattamenti all'estero qualora gli specialisti medici siano titolari di una rispettiva formazione equiparabile a quella svizzera e i costi non superino quelli in Svizzera.

6.1 Metodi della medicina empirica

In presenza di un'indicazione medica, vengono assunti i costi per i metodi della medicina empirica qualora eseguiti da un medico. L'assicuratore stabilisce in un elenco i metodi riconosciuti e i limiti delle prestazioni.

6.2 Terapisti e metodi curativi alternativi

Sympany corrisponde contributi nell'ambito della medicina alternativa a condizione che sia il metodo terapeutico sia il terapeuta praticante o naturopata siano riconosciuti da Sympany. Vengono corrisposti i seguenti contributi:

complemento generale	fino a un massimo di CHF 70.- per ora di terapia (60 minuti)
complemento privato	fino a un massimo di CHF 100.- per ora di terapia (60 minuti)

L'assicuratore stabilisce le forme terapeutiche e i terapisti riconosciuti. Gli elenchi delle forme terapeutiche e dei terapisti riconosciuti vengono aggiornati e completati regolarmente e possono essere consultati in qualsiasi momento presso la cassa.

Non vengono assunti costi per forme terapeutiche e trattamenti effettuati da terapisti figuranti nell'elenco negativo (EN) dell'assicuratore.

La cassa stabilisce, conformemente alla necessità medica, il numero di ore per le quali vengono corrisposti i contributi.

6.3 Prestazioni supplementari del complemento privato

Alle spese dichiarate per ulteriori trattamenti, eseguiti da personale qualificato, la complemento privato corrisponde un contributo massimo di

CHF 50.- per ora di terapia (60 minuti), massimo CHF 1000.- per anno civile

I trattamenti di medicina alternativa effettuati in un paese limitrofo alla Svizzera, in virtù delle presenti condizioni sono coperti al massimo fino alla tariffa consueta del luogo di cura.

6.4 Rimedi naturali

Sympany versa il 90% dei costi per rimedi fitoterapici, omeopatici e antroposofici, nonché per gli oligoelementi, a condizione che questi non siano coperti dalla base e non figurino nell'elenco negativo (EN) dell'assicuratore.

6.5 Prestazioni massime erogate

Le prestazioni erogate nell'ambito della medicina alternativa sono limitate dai seguenti fattori:

- ammontare dei contributi per ora di terapia
- numero di ore di terapia
- elenco dei metodi terapeutici alternativi riconosciuti da Sympany
- elenco dei terapisti o naturopati riconosciuti da Sympany
- partecipazione ai costi per i trattamenti medici e per i rimedi naturali
- limitazione temporale (per anno civile).

Per le forme terapeutiche con limitazioni dell'importo non viene applicata alcuna aliquota percentuale supplementare.

I limiti complessivi nell'ambito della medicina alternativa ammontano al massimo a

complemento generale	CHF 3000.- per anno civile
complemento privato	CHF 6000.- per anno civile

6.6 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

Le prestazioni vengono corrisposte dopo preventiva domanda alla cassa. Resta riservata la verifica, da parte del medico di fiducia, dell'indicazione medica e delle qualifiche professionali di medici e terapisti. L'erogazione delle prestazioni può essere condizionata dal fatto che non avvenga contemporaneamente un trattamento parallelo.

5/6

7 Medicamenti non obbligatori

Le spese per medicinali prescritti dal medico, autorizzati dalla cassa e dall'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, e che non figurano sull'elenco dei medicinali con tariffa (EMT), né sull'elenco delle specialità secondo la LAMaI, né sull'elenco negativo (EN) dell'assicuratore, vengono rimborsate per anno civile come segue:

complemento generale	50%, fino al massimo CHF 2500.-
complemento privato	90%, fino al massimo CHF 5000.-

8 Bagni termali

Per l'utilizzo di bagni termali prescritti da un medico, per anno civile viene corrisposto il seguente contributo:

50%, al massimo 12 entrate

9 Cura psicoterapeutica

9.1 Entità delle prestazioni

La cassa versa prestazioni fino a 100 ore per il trattamento di malattie psichiche effettuato da psicoterapeuti qualificati (non medici), in possesso del permesso cantonale per la conduzione indipendente di uno studio:

Per le prime 50 ore al massimo CHF 60.-

Per le successive ore al massimo CHF 50.-

9.2 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

Le prestazioni sono fornite dalla cassa previa approvazione della domanda di garanzia di pagamento da parte del medico di fiducia della cassa.

Alla scadenza delle ore di terapia autorizzate dalla cassa, al più tardi tuttavia dopo le prime 50 ore di terapia, il terapeuta è tenuto a informare nuovamente il medico di fiducia in merito al decorso terapeutico e alla pianificazione dell'ulteriore terapia.

Non vengono versate prestazioni per psicoterapie che perseguono scopi di autorealizzazione, sviluppo della personalità oppure di apprendimento. Non vengono inoltre rimborsate prestazioni in caso di trattamenti paralleli presso altri psicologi o psichiatri.

9.3 Rapporto con l'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie

Le prestazioni psicoterapeutiche vengono fornite da questa categoria assicurativa solo finché rientrano nella base quali prestazioni obbligatorie e sono coperte in quanto tali.

10 Costi per trasporti, azioni di ricerca, salvataggio e recupero, spese di viaggio

10.1 Costi per trasporti, azioni di ricerca, salvataggio e recupero in casi d'emergenza

10.1.1 Entità delle prestazioni

Per le spese relative a

- trasporti d'emergenza necessari dal punto di vista medico all'ospedale adatto più vicino con un mezzo di trasporto adatto;
- il trasporto di ritorno verso un ospedale adatto nel cantone di residenza della persona assicurata ai fini di un trattamento stazionario;
- per azioni di salvataggio e recupero viene corrisposto il seguente contributo:

CHF 15 000.- per anno civile

I trasporti aerei vengono assunti soltanto se sono assolutamente indispensabili per ragioni mediche e tecniche.

10.1.2 Franchigia

Per evento, la persona assicurata deve assumersi il seguente contributo a titolo di franchigia:

CHF 100.-

10.1.3 Operazioni di ricerca

Oltre ai costi di salvataggio o recupero, vengono assunti i costi per la ricerca di una persona assicurata:

CHF 20 000.- per anno civile

10.1.4 Prestazioni di terzi

In caso di associazione a una guardia aerea di soccorso o a un'organizzazione analoga, le spese vengono assunte solo a condizione che non siano state erogate prestazioni da parte di queste organizzazioni. Restano riservate le condizioni contrattuali di tenore diverso.

10.2 Spese di viaggio

In caso di trattamento medico regolare al di fuori del luogo di domicilio, **complemento generale** e **complemento privato** coprono dei costi incorsi per l'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblici dal luogo di domicilio a quello di cura. Le prestazioni vengono erogate solo se tale trattamento non può essere eseguito nel luogo di domicilio o nelle sue immediate vicinanze.

90%, fino al massimo CHF 100.- per anno civile

complemento privato copre dei costi del taxi per i tragitti necessari tra il luogo di domicilio e quello di cura durante un trattamento ambulatoriale, a condizione che per motivi medici la persona assicurata non possa utilizzare i mezzi di trasporto pubblici o il suo veicolo privato.

90%, fino al massimo CHF 400.-* per anno civile
*(importo massimo incl. i costi per i trasporti pubblici)

11 Partecipazione ai costi

Le prestazioni delle presenti assicurazioni, qualora non siano limitate o non siano stati stabiliti altri termini specifici, prevedono un'aliquota percentuale del 10%.

In caso di trattamento medico volontario all'estero (**complementare privata**), per gli assicurati a partire dai 18 anni è

prevista una franchigia annua pari alla franchigia ordinaria secondo la LAMal. La stessa franchigia si applica anche per le prestazioni di maternità.

In caso di trattamenti di medicina alternativa eseguiti da medici e terapeuti, per gli assicurati dai 18 anni può essere prevista una franchigia annua pari alla franchigia ordinaria secondo la LAMal.