



**Assicurazione complementare**  
Condizioni speciali (CS)  
complemento generale e complemento privato  
Edizione 2022



# Condizioni speciali (CS) complemento generale e complemento privato secondo la Legge sul contratto d'assicurazione (LCA)

Edizione 2022

## Indice

<b>1</b>	<b>Basi dell'assicurazione</b>	<b>Pagina 4</b>	<b>5</b>	<b>Cure dentarie</b>	<b>Pagina 5</b>
1.1	Scopo	Pagina 4	5.1	Denti del giudizio	Pagina 5
1.2	Assicuratore		5.2	Prestazioni per bambini e giovani	Pagina 5
1.3	Disposizioni comuni	Pagina 4	5.3	Prestazioni erogate da enti pubblici	Pagina 5
1.4	Persone assicurate	Pagina 4	5.4	Fornitori di prestazioni e tariffa	Pagina 5
1.5	Diritto di passaggio a categorie assicurative analoghe	Pagina 4	5.5	Trattamento all'estero	Pagina 6
1.6	Condizioni per l'erogazione delle prestazioni	Pagina 4			
1.7	Prestazioni all'estero	Pagina 4	<b>6</b>	<b>Medicina alternativa</b>	<b>Pagina 6</b>
<b>2</b>	<b>Cura medica</b>	<b>Pagina 4</b>	6.1	Metodi della medicina empirica	Pagina 6
2.1	Cura al di fuori del luogo di domicilio e di lavoro	Pagina 4	6.2	Terapisti e metodi curativi alternativi	Pagina 6
2.2	Cura da parte di medici che non sottostanno alla LAMal	Pagina 4	6.3	Prestazioni supplementari del complemento privato	Pagina 6
2.3	Visita medica privata presso medici d'ospedale che non sottostanno alla LAMal	Pagina 4	6.4	Rimedi naturali	Pagina 6
2.4	Cura medico all'estero	Pagina 4	6.5	Prestazioni massime erogate	Pagina 6
2.4.1	Cura a scelta		6.6	Condizioni per l'erogazione delle prestazioni	Pagina 6
2.4.2	Trattamento d'urgenza				
2.5	Durata delle prestazioni ed ingungen	Pagina 4	<b>7</b>	<b>Medicamenti non obbligatori</b>	<b>Pagina 6</b>
<b>3</b>	<b>Prevenzione</b>	<b>Pagina 4</b>			
3.1	Vaccinazioni	Pagina 4	<b>8</b>	<b>Bagni termali</b>	<b>Pagina 6</b>
3.2	Visita di check-up	Pagina 4			
3.3	Visita ginecologica preventiva	Pagina 5	<b>9</b>	<b>Cura psicoterapeutica</b>	<b>Pagina 6</b>
3.4	Maternità	Pagina 5	9.1	Entità delle prestazioni	Pagina 6
3.4.1	Preparazione al parto		9.2	Condizioni per l'erogazione delle prestazioni	Pagina 6
3.4.2	Indennità di allattamento		9.3	Rapporto con l'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie	Pagina 7
3.5	Corsi di promozione della salute	Pagina 5			
3.6	Ulteriori misure di prevenzione	Pagina 5	<b>10</b>	<b>Costi per trasporti, operazioni di ricerca, salvataggio e recupero, spese di viaggio</b>	<b>Pagina 7</b>
<b>4</b>	<b>Mezzi ausiliari</b>	<b>Pagina 5</b>	10.1	Costi per trasporti, operazioni di ricerca, salvataggio e recupero in casi d'emergenza	Pagina 7
4.1	Mezzi visivi	Pagina 5	10.1.1	Entità delle prestazioni	
4.2	Ulteriori mezzi ausiliari	Pagina 5	10.1.2	Franchigia	
			10.1.3	Operazioni di ricerca	
			10.2	Spese di viaggio	Pagina 7
			<b>11</b>	<b>Partecipazione ai costi</b>	<b>Pagina 7</b>
			<b>12</b>	<b>Fasce d'età</b>	<b>Pagina 7</b>

# 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 legge federale sull'assicurazione malattie (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 a complemento di tutte le altre categorie assicurative di queste Condizioni generali di assicurazione (CGA).

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

### 1.2 Assicuratore

L'assicuratore è Sympany Versicherungen AG, Basilea (di seguito denominata assicuratore).

### 1.3 Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Le Condizioni generali d'assicurazione di Sympany Versicherungen AG sono parte integrante delle disposizioni di complemento generale ovv. complemento privato. In caso di divergenze, le Condizioni speciali di complemento generale ovv. complemento privato sono prioritarie rispetto alle Condizioni generali d'assicurazione.

### 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 dall'assicuratore. Per quanto riguarda il riconoscimento delle rispettive persone è necessario chiedere informazioni all'assicuratore.

### 1.7 Prestazioni all'estero

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

## 2 Cura medica

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

Le cure da parte di medici delle casse aderenti alla LAMal che avvengono al di fuori del luogo di domicilio o di lavoro della persona assicurata sono interamente coperte a complemento delle prestazioni dell'assicurazione di base 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 caso di trattamenti medici d'urgenza all'estero, le spese sono interamente coperte da complemento generale e complemento privato a complemento delle prestazioni dall'assicurazione di base.

### 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 antifumo, 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 l'assicuratore.

### 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 della vista, alle persone assicurate dai 18 anni in su viene versato il seguente contributo 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 dall'assicurazione di 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 integrato regolarmente e può essere consultato in qualsiasi momento presso l'assicuratore.

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'assicuratore rinuncia a un termine di carenza a condizione che almeno un genitore sia assicurato presso il gruppo 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 Medicina alternativa

### 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

L'assicuratore corrisponde contributi nell'ambito della medicina alternativa a condizione che sia il metodo terapeutico, sia il/la terapeuta praticante o naturopata siano riconosciuti dall'assicuratore. 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. L'elenco delle forme terapeutiche e dei/delle terapisti/e riconosciuti viene aggiornato o integrato regolarmente e può essere consultato in qualsiasi momento presso l'assicuratore.

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

L'assicuratore 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 1'000.- 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

L'assicuratore versa il 90% dei costi per rimedi fitoterapici, omeopatici e antroposofici, nonché per gli oligoelementi, a condizione che questi non siano coperti dall'assicurazione di base e non figurino nell'elenco negativo 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 dall'assicuratore,
- elenco dei/delle terapisti/e o naturopati/e riconosciuti/e dall'assicuratore,
- 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 3'000.- per anno civile
complemento privato	CHF 6'000.- per anno civile

### 6.6 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

Le prestazioni vengono corrisposte dopo preventiva domanda all'assicuratore. 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.

## 7 Medicamenti non obbligatori

Le spese per medicinali prescritti dal medico, autorizzati dall'assicuratore e dall'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici e che non figurano nell'elenco dei medicinali con tariffa, né nell'elenco delle specialità secondo la LAMal, né nell'elenco negativo dell'assicuratore, vengono rimborsate per anno civile come segue:

complemento generale	50%, fino al massimo CHF 2'500.-
complemento privato	90%, fino al massimo CHF 5'000.-

## 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

L'assicuratore versa prestazioni fino a 100 ore per il trattamento di malattie psichiche effettuato da psicoterapeuti/e qualificati/e (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 previa approvazione della richiesta di garanzia di assunzione dei costi da parte del medico di fiducia dell'assicuratore.

Alla scadenza delle ore di terapia autorizzate dall'assicuratore, al più tardi tuttavia dopo le prime 50 ore di terapia, il/la terapeuta è tenuto/a 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 perse

guono scopi di autorealizzazione, sviluppo della personalità oppure di apprendimento. Non vengono inoltre rimborsate prestazioni in caso di trattamenti paralleli presso altri psicologi/altre psicologhe o psichiatri/e.

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

Le prestazioni psicoterapeutiche vengono fornite da questa categoria assicurativa solo finché rientrano nell'assicurazione di base quali prestazioni obbligatorie e sono coperte in quanto tali

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

### 10.1 Costi per trasporti, operazioni 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 operazioni 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

### 10.2 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 terapisti, per gli assicurati dai 18 anni può essere prevista una franchigia annua pari alla franchigia ordinaria secondo la LAMal.

## 12 Fasce d'età

In questa categoria assicurativa vale la tariffa in base all'età. Vale a dire che i premi della categoria assicurativa generalmente crescono ad ogni passaggio alla successiva fascia d'età:

anni					
0 - 18	26 - 30	36 - 40	46 - 50	56 - 60	71 - 80
19 - 25	31 - 35	41 - 45	51 - 55	61 - 70	81+

