

Edizione 2022



# Assicurazione complementare

Condizioni speciali (CS)  
plus e premium

# Condizioni speciali (CS) plus e premium secondo la Legge sul contratto d'assicurazione (LCA)

Capitolo	Pagina	Capitolo	Pagina
<b>1 Basi dell'assicurazione</b>	<b>3</b>	<b>5 Cura dentaria</b>	<b>5</b>
1.1 Scopo		5.1 Denti del giudizio	
1.2 Assicuratore		5.2 Prestazioni per bambini e giovani	
1.3 Condizioni generali d'assicurazione (CGA)		5.3 Prestazioni erogate da enti pubblici	
1.4 Persone assicurate		5.4 Fornitori di prestazioni e tariffe	
1.5 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni		5.5 Trattamento all'estero	
1.6 Prestazioni all'estero		<b>6 Medicina alternativa</b>	<b>5</b>
<b>2 Cura medica</b>	<b>3</b>	6.1 Limiti totali massimi	
2.1 Cura al di fuori del luogo di domicilio e di lavoro		6.2 Trattamento medico	
2.2 Cura da parte di medici che non sottostanno alla LAMal		6.3 Terapisti e metodi curativi alternativi	
2.3 Cura medica all'estero		6.4 Prestazioni all'estero	
2.3.1 Cura a scelta		6.5 Rimedi naturali	
2.3.2 Trattamento d'emergenza		6.6 Restrizioni delle prestazioni	
2.3.3 Durata delle prestazioni		6.7 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni	
<b>3 Prevenzione</b>	<b>3</b>	<b>7 Medicamenti non obbligatori</b>	<b>6</b>
3.1 Vaccinazioni		<b>8 Bagni termali</b>	<b>6</b>
3.2 Visita di check-up		<b>9 Cura psicoterapeutica</b>	<b>6</b>
3.3 Visita ginecologica preventiva		9.1 Entità delle prestazioni	
3.4 Maternità		9.2 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni	
3.4.1 Preparazione al parto		9.3 Rapporto con l'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie	
3.4.2 Indennità di allattamento		<b>10 Costi per trasporti, operazioni di ricerca, salvataggio e recupero, spese di viaggio</b>	<b>7</b>
3.5 Mettersi in forma		10.1 Costi per trasporti, operazioni di ricerca, salvataggio e recupero in casi d'emergenza	
3.6 Restare in forma		10.2 Spese di viaggio	
<b>4 Mezzi ausiliari</b>	<b>4</b>	<b>11 Partecipazione ai costi</b>	<b>7</b>
4.1 Mezzi visivi		<b>12 Fasce d'età</b>	<b>7</b>
4.2 Ulteriori mezzi ausiliari			

## plus e premium

### 1 Basi dell'assicurazione

#### 1.1 Scopo

**plus, plus natura, premium e premium natura** erogano prestazioni per cure mediche ambulatoriali al di fuori del domicilio o del luogo di lavoro, misure di prevenzione, mezzi ausiliari, profilassi dentaria e correzioni parodontali per bambini, 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.

Di norma **premium** eroga le prestazioni anche all'estero. **premium** 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.

Le varianti **natura** erogano prestazioni maggiori nell'ambito della medicina alternativa. Salvo non diversamente indicato, le prestazioni e le disposizioni di **plus natura** corrispondono a quelle di **plus**, quelle di **premium natura** a quelle di **premium**.

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 definito assicuratore).

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

Le Condizioni generali d'assicurazione di Sympany Versicherungen AG sono parte integrante delle disposizioni di **plus** o **premium**. In caso di divergenze, le Condizioni speciali di **plus** o **premium** sono prioritarie rispetto alle Condizioni generali d'assicurazione.

#### 1.4 Persone assicurate

Per l'adesione a **plus** non esistono limiti di età. Per **premium** vige il limite di età di 60 anni.

#### 1.5 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.

#### 1.6 Prestazioni all'estero

Le prestazioni **premium** vengono versate anche all'estero salvo se sia stato concordato altrimenti.

### 2 Cura medica

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

In aggiunta alle prestazioni dell'assicurazione di 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

**premium** versa prestazioni secondo la tariffa LAMal per consulti ambulatoriali privati presso primari di ospedali universitari e per cure effettuate da medici che non hanno aderito alla LAMal.

#### 2.3 Cura medica all'estero

##### 2.3.1 Cura a scelta

Per cure mediche all'estero l'assicurazione **premium** si assume spese pari al massimo alla doppia tariffa LAMal valida al luogo di domicilio della persona assicurata. Per assicurati **globale** sono coperte tutte le spese conformemente alle tariffe locali vigenti.

##### 2.3.2 Trattamento d'emergenza

In caso di trattamenti medici d'urgenza all'estero, le spese sono interamente coperte da **plus** e **premium** a complemento delle prestazioni dall'assicurazione di base.

##### 2.3.3 Durata delle prestazioni

Per quanto non previsto diversamente dalle condizioni **plus** e **premium**, le prestazioni vengono corrisposte senza limiti di tempo.

### 3 Prevenzione

#### 3.1 Vaccinazioni

Le spese per le vaccinazioni anti-infettive vengono rimborsate nella seguente misura per anno civile.

80%, fino al max. CHF 220.-

In tale contesto 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

Per le spese documentate di una visita di check-up viene corrisposto il seguente contributo per anno:

plus	al massimo CHF 300.-
premium	al massimo CHF 600.-

### 3.3 Visita ginecologica preventiva

Per ogni anno civile vengono assunte le spese di un esame ginecologico preventivo secondo la tariffa LAMal, a condizione che in quell'anno civile non vengano versate relative prestazioni da un'assicurazione LAMal.

### 3.4 Maternità

#### 3.4.1 Preparazione al parto

Per le spese documentate relative a un corso di preparazione al parto (compresa la ginnastica postparto) effettuato presso personale specializzato, per gravidanza viene corrisposto il seguente importo massimo:

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 totalmente il figlio durante dieci settimane.

CHF 250.-

### 3.5 Mettersi in forma

Per le spese documentate di corsi riconosciuti dall'assicuratore intesi a promuovere comportamenti sani (per es. disassuefazione dal fumo, corsi di ginnastica per la schiena, consulenza nutrizionistica) viene corrisposto il seguente contributo:

plus	massimo CHF 150.- per anno civile
premium	massimo CHF 250.- per anno civile

I corsi e le istituzioni riconosciuti per l'apprendimento di comportamenti salutari sono definiti dall'assicuratore. L'elenco dei corsi e delle istituzioni riconosciuti viene aggiornato o integrato costantemente e può essere preso in visione in qualsiasi momento presso l'assicuratore.

### 3.6 Restare in forma

Possono essere corrisposti contributi per ulteriori misure preventive riconosciute come sport, fitness e corsi di rilassamento.

plus	massimo CHF 200.- per anno civile
premium	massimo CHF 300.- per anno civile

L'assicuratore definisce le istituzioni riconosciute, le misure preventive, i contributi ai costi e i limiti delle prestazioni. L'elenco dei corsi e delle istituzioni riconosciuti viene aggiornato o integrato costantemente e può essere preso in visione in qualsiasi momento presso l'assicuratore.

## 4 Mezzi ausiliari

### 4.1 Mezzi visivi

Per lenti di occhiali e lenti a contatto necessarie per la correzione visiva viene erogato il seguente importo:

plus	complessivamente CHF 270.- nel corso di 3 anni civili
premium	complessivamente CHF 420.- nel corso di 3 anni civili

Ai bambini fino a 18 anni viene erogato il seguente importo:

plus	complessivamente CHF 270.- per anno civile
premium	complessivamente CHF 420.- per anno civile

### 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%, fino a un massimo di 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 Cura dentaria

### 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 un trattamento di ortopedia mandibolare in conformità alla tariffa riconosciuta

plus	70%, fino a un massimo di CHF 10'000.-
premium	70%, fino a un massimo di CHF 15'000.-

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

### 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 dei comuni vengono computati sulle prestazioni di questa categoria assicurativa.

### 5.4 Fornitori di prestazioni e tariffe

Il versamento avviene secondo la 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 per l'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie, la differenza è a carico della persona assicurata.

Sono dentisti coloro in possesso di un rispettivo diploma federale o di un diploma equivalente, o coloro ai quali il cantone sulla base del conseguimento di un attestato scientifico ha fornito l'autorizzazione di esercitare la professione.

### 5.5 Trattamento all'estero

I trattamenti all'estero vengono coperti solo se il personale medico dispone di una formazione equivalente ad una formazione svizzera e i costi non siano superiori a quelli vigenti in Svizzera.

## 6 Medicina alternativa

### 6.1 Limiti totali massimi

Nel campo della medicina alternativa vigono i seguenti limiti totali per quanto riguarda le cure mediche, i metodi terapeutici riconosciuti e i rimedi naturali:

plus	CHF 3'000.- per anno civile
plus natura	CHF 6'000.- per anno civile
premium	CHF 6'000.- per anno civile
premium natura	CHF 10'000.- per anno civile

### 6.2 Trattamento medico

**plus** e **premium** rimborsano i costi per il trattamento medico dei seguenti metodi di medicina alternativa:

- metodi di medicina empirica.

L'assicuratore definisce i metodi di medicina empirica riconosciuti, le tariffe e i limiti delle prestazioni. L'elenco dei metodi riconosciuti, delle tariffe e dei limiti delle prestazioni viene costantemente aggiornato ed integrato ed è in ogni momento visionabile presso l'assicuratore.

### 6.3 Terapisti e metodi curativi alternativi

**plus** e **premium** corrispondono contributi nell'ambito della medicina alternativa, se sia il metodo terapeutico sia il terapeuta praticante o naturopata sono riconosciuti dall'assicuratore. Vengono corrisposti i seguenti contributi:

plus e premium	50% dei costi documentati
plus natura e premium natura	80% dei costi documentati

Per i costi documentati relativi a metodi non riconosciuti applicati da persone qualificate, **plus natura** e **premium natura** erogano i seguenti contributi:

plus natura	50%, fino a un massimo di CHF 1'000.- per anno civile
premium natura	50%, fino a un massimo di CHF 2'000.- per anno civile

Non vengono assunti costi per forme terapeutiche e per trattamenti effettuati da terapisti figuranti sull'elenco negativo dell'assicuratore. L'assicuratore definisce le forme terapeutiche e i terapisti riconosciuti e i limiti delle prestazioni.

L'assicuratore può stabilire il numero di sedute terapeutiche in funzione della necessità medica. L'elenco delle forme terapeutiche e dei terapisti riconosciuti e dei limiti delle prestazioni viene costantemente aggiornato o integrato ed è visionabile in ogni momento presso l'assicuratore.

#### 6.4 Prestazioni all'estero

I trattamenti di medicina alternativa effettuati in un Paese limitrofo alla Svizzera sono coperti da **plus natura** e **premium natura** in virtù delle presenti condizioni, alla tariffa consueta del luogo di cura.

#### 6.5 Rimedi naturali

**plus** e **premium** versano il 80% 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.

#### 6.6 Restrizioni delle prestazioni

Per la medicina alternativa le prestazioni vengono limitate da:

- limiti totali,
- limiti delle prestazioni (numero di sedute terapeutiche, importo massimo per ora di terapia, tariffa),
- elenco dei metodi terapeutici alternativi riconosciuti dall'assicuratore,
- elenco dei terapeuti e dei naturopati riconosciuti dall'assicuratore,
- partecipazioni ai costi,
- limitazione temporale (per anno civile).

#### 6.7 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

Le prestazioni vengono corrisposte dopo preventiva domanda all'assicuratore. Resta riservata la verifica del medico di fiducia dell'indicazione medica e delle qualifiche professionali di medici e terapisti. L'assicuratore può rifiutare l'erogazione delle prestazioni, qualora la persona assicurata percepisca contemporaneamente prestazioni per la stessa malattia di cure di medicina alternativa da questa o un'altra categoria assicurativa.

#### 7 Medicamenti non obbligatori

Le spese per medicamenti prescritti dal medico, autorizzati dall'assicuratore e dall'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici, e che non figurano sull'elenco dei medicamenti con tariffa, né sull'elenco delle specialità secondo la LAMal, né sull'elenco negativo della cassa sono coperte dal seguente contributo:

plus	90% illimitati
premium	90% illimitati

#### 8 Bagni termali

Per i soggiorni prescritti dal medico in bagni termali viene erogato il seguente contributo per anno civile:

50%, al massimo 12 ingressi

#### 9 Cura psicoterapeutica

##### 9.1 Entità delle prestazioni

Per la cura di malattie psichiche dispensata da psicoterapeuti qualificati (non medici) in possesso del permesso cantonale per la conduzione indipendente di uno studio, l'assicuratore versa le seguenti prestazioni

plus	50%, fino a un massimo di CHF 1'000.- per anno civile
premium	50%, fino a un massimo di CHF 2'000.- per anno civile

##### 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. Non vengono versate prestazioni per psicoterapie che perseguono scopi di autorealizzazione, sviluppo della personalità oppure di apprendimento. Inoltre non vengono 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 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

Per le spese

- di trasporto medico d'urgenza fino all'ospedale adeguato più vicino mediante un mezzo di trasporto idoneo,
- di trasporto in un ospedale adeguato nel cantone di domicilio della persona assicurata per la degenza ospedaliera,
- per operazioni di salvataggio e recupero viene corrisposto il seguente contributo:

100% delle spese

Per le spese per operazioni di ricerca viene corrisposto il seguente contributo:

CHF 100'000.- per anno civile

I trasporti aerei vengono assunti soltanto se indispensabili per ragioni mediche o tecniche.

### 10.2 Spese di viaggio

Se non è possibile usufruire di un trattamento medico nel proprio luogo di domicilio o nelle immediate vicinanze e per questo motivo è necessario sottoporsi regolarmente a un trattamento fuori dal luogo di domicilio, viene erogato il seguente contributo alle spese di viaggio (mezzi di trasporto pubblici e taxi):

plus	al massimo CHF 100.- per anno civile
premium	al massimo CHF 400.- per anno civile

## 11 Partecipazione ai costi

Se non vengono limitate o se non è stato stabilito diversamente, le prestazioni delle presenti assicurazioni prevedono un'aliquota percentuale del 10%. In caso di trattamento medico volontario all'estero (**premium**), per le persone assicurate 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.

## 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+

1047/i/02.2022

+41 58 262 42 00  
[www.sympany.ch](http://www.sympany.ch)

Assicurarsi al meglio.  
The logo for Sympany, featuring a stylized red 'C' shape that partially encircles the word 'sympany' in a lowercase, sans-serif font.