



Assicurazione complementare Condizioni speciali (CS) plus e premium

Edizione 2021

Indice

plus e premium		
1	Basi dell'assicurazione	pagina 3
1.1	Scopo	
1.2	Assicuratore	
1.3	Disposizioni comuni	
1.4	Persone assicurate	
1.5	Condizioni per l'erogazione delle prestazioni	
1.6	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	Cura medica all'estero	
2.3.1	Cura a scelta	
2.3.2	Trattamento d'emergenza	
2.3.3	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	Mettersi in forma	
3.6	Rimanere in forma	
4	Mezzi ausiliari	pagina 4
4.1	Mezzi visivi	
4.2	Ulteriori mezzi ausiliari	
5	Cura dentaria	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 tariffe	
5.5	Trattamento all'estero	

Indice

plus e premium		
6	Medicina alternativa	pagina 5
6.1	Limiti totali massimi	
6.2	Trattamento medico	
6.3	Terapisti e metodi curativi alternativi	
6.4	Prestazioni all'estero	
6.5	Rimedi naturali	
6.6	Restrizioni delle prestazioni	
6.7	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	Prestazioni di terzi	
10.2	Spese di viaggio	
11	Partecipazione ai costi	pagina 6

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. Inoltre premium assicura anche le spese non coperte dalla 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 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 definito assicuratore).

1.3 Disposizioni comuni

Le disposizioni comuni di Sympany Assicurazioni SA sono parte integrante delle disposizioni di plus e premium. In caso di divergenze le disposizioni di plus e premium prevalgono sulle disposizioni comuni.

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 corrisposte soltanto se il trattamento è necessario per ragioni mediche e se viene eseguito da persone riconosciute dalla cassa. Per quanto attiene al riconoscimento delle rispettive persone è necessario richiedere informazioni alla cassa.

1.6 Prestazioni all'estero

Le prestazioni premium vengono versate anche all'estero salvo nella variante casamed e 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 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 complementare privata 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 trattamento medico d'urgenza all'estero, plus e premium prevedono la piena copertura dei costi a complemento delle prestazioni della 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 dalla cassa 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 dalla cassa. L'elenco dei corsi e delle istituzioni riconosciuti viene aggiornato o integrato costantemente e può essere preso in visione in qualsiasi momento presso la cassa.

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

La cassa 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 la cassa.

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

Le spese di noleggio o acquisto di mezzi ausiliari riconosciuti per i quali l'assicurazione base non eroga alcuna prestazione, possono essere rimborsate su indicazione medica.

Il 50%, fino a un massimo di CHF 250.- per anno civile

La cassa definisce i mezzi ausiliari riconosciuti. L'elenco dei mezzi ausiliari riconosciuti è costantemente aggiornato o completato ed è possibile consultarlo in ogni momento presso la cassa.

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 derivanti da una visita di controllo, incluse le radiografie, viene rimborsato il seguente importo, a condizione che non debba essere eseguito nel contempo un trattamento dentistico (di conservazione o che preveda un impianto protesico):

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.

La cassa 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 la cassa.

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 dalla cassa. 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 (EN) dell'assicuratore.

La cassa definisce le forme terapeutiche e i terapisti riconosciuti e i limiti delle prestazioni.

La cassa 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 la cassa.

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. Ciò non vale per gli assicurati della variante casamed.

6.5 Rimedi naturali

plus e premium versano l'80% dei costi per i rimedi fitoterapici, omeopatici e antroposofici, nonché per gli oligoe-

lementi, nella misura in cui questi non siano coperti dalla base e non figurino nell'elenco negativo (EN) della cassa.

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 dalla cassa,
- elenco dei terapeuti e dei naturopati riconosciuti dalla cassa,
- partecipazioni ai costi,
- limitazione temporale (per anno civile).

6.7 Condizioni per l'erogazione delle prestazioni

Le prestazioni vengono corrisposte dopo preventiva domanda alla cassa. Resta riservata la verifica del medico di fiducia dell'indicazione medica e delle qualifiche professionali di medici e terapisti. La cassa 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 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 LAMal, né sull'elenco negativo (EN) della cassa sono coperte dal seguente contributo:

plus	80%, fino a un massimo di CHF 3'000.- per anno civile
premium	80%, fino a un massimo di CHF 6'000.- per anno civile

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'assicurazione 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 dalla cassa previa approvazione della domanda di garanzia di pagamento da parte del medico di fiducia della cassa.

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 sono incluse e coperte come prestazioni obbligatorie dell'assicurazione base.

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

- 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 azioni di salvataggio e recupero viene corrisposto il seguente contributo:

100% delle spese

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

CHF 100'000.- per anno civile

Per gli assicurati hospita i costi per i trasporti d'urgenza, i rimpatri e le azioni di salvataggio organizzati dal numero d'urgenza Sympany 24 h sono interamente coperti.

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

10.1.2 Prestazioni di terzi

In caso di adesione (sostegno) a una guardia aerea di salvataggio o a organizzazioni analoghe, le spese vengono assunte solo se non sono state fornite prestazioni da queste organizzazioni. Restano salvi accordi contrattuali diversi.

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.