



Assicurazione DIVERSA

Condizioni complementari d'assicurazione (CCA)

<p>I. Concetto e contenuto Assicurazione complementare Contenuto Malattia ed infortunio</p> <p>II. Prestazioni in Svizzera Medicamenti non obbligatori Cure balneari Cure di convalescenza Obbligo di notifica Aiuto domiciliare Trasporto di ammalati ed infortunati in Svizzera Trattamento dentario Indennità per decesso Occhiali, lenti a contatto Psicoterapia paramedica Vaccinazioni Mezzi ausiliari Trattamenti non obbligatori Medici di ricusa</p> <p>III. Prestazioni all'estero Validità territoriale e temporale Centrale di pronto soccorso Spese di guarigione Pronto soccorso Durata delle prestazioni Obblighi di notifica Limitazioni delle prestazioni</p>	<p>Art.</p> <p>1 2 3</p> <p>4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17</p> <p>18 19 20 21 22 23 24</p>	<p>I. Concetto e contenuto</p> <p>1 Assicurazione complementare</p> <p>1.1 L'assicurazione DIVERSA vale quale assicurazione complementare all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Per tutte le questioni non esplicitamente regolate in queste Condizioni complementari d'assicurazione valgono le disposizioni legislative come pure le Condizioni generali d'assicurazione per le assicurazioni complementari per spese di guarigione (CGA).</p> <p>1.2 abrogato.</p> <p>1.3 Per gli assicurati che hanno concluso una forma particolare d'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo l'art. 62 LAMal (p. es. HMO, modello del medico di famiglia) valgono inoltre le relative Condizioni particolari d'assicurazione (CPA).</p> <p>2 Contenuto</p> <p>2.1 Dall'assicurazione DIVERSA vengono versate molteplici prestazioni che superano le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.</p> <p>2.2 L'assicurazione DIVERSA può essere conclusa nelle sue varianti DIVERSA o DIVERSA^{plus}.</p> <p>3 Malattia ed infortunio</p> <p>Le prestazioni dell'assicurazione DIVERSA vengono accordate in caso di malattia ed infortunio.</p> <p>II. Prestazioni in Svizzera</p> <p>4 Medicamenti non obbligatori</p> <p>I medicinali prescritti da un medico e registrati in Svizzera presso l'Istituto svizzero dei medicinali (Swissmedic), non obbligatoriamente a carico degli assicuratori di malattia, vengono assunti nella misura del</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>DIVERSA:</td> <td style="text-align: right;">50 %</td> </tr> <tr> <td>DIVERSA^{plus}:</td> <td style="text-align: right;">75 %</td> </tr> </table> <p>Sono esclusi dall'obbligo d'assunzione i preparati indicati nell'Elenco dei preparati farmaceutici a carico degli assicurati (EPFA) ed i farmaci impiegati nel quadro di studi scientifici.</p>	DIVERSA:	50 %	DIVERSA ^{plus} :	75 %
DIVERSA:	50 %					
DIVERSA ^{plus} :	75 %					

5 Cure balneari

5.1 Per cure balneari stazionarie prescritte dal medico ed eseguite in una stazione termale in Svizzera diretta da un medico e autorizzata secondo l'art. 40 LAMal, vengono accordate oltre ai costi coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, durante al massimo 21 giorni per anno civile, le seguenti prestazioni:

DIVERSA:	CHF 30 al giorno
DIVERSA ^{plus} :	CHF 50 al giorno

Questi contributi vengono accordati anche se la cura balneare stazionaria, prescritta dal medico, viene effettuata in uno stabilimento di cura balneare europeo posto sotto direzione medica, il quale dispone di necessario personale specializzato e di un'offerta terapeutica adeguata per il trattamento di pazienti che necessitano di cura balneare.

5.2 Queste prestazioni vengono accordate solo se la cura è stata preceduta da un trattamento intensivo riconosciuto scientificamente e idoneo oppure se un tale trattamento ambulatoriale non è possibile. Inoltre, all'inizio della cura deve essere fatta una visita medica e le applicazioni balneologiche/fisiologiche, scientificamente riconosciute in Svizzera, devono essere eseguite secondo un piano di cura.

6 Cure di convalescenza

6.1 Se una cura è necessaria dal punto di vista medico per permettere una completa guarigione o per convalescenza in seguito ad una grave malattia o ad una grave operazione e se la stessa è prescritta dal medico, vengono accordate le seguenti prestazioni:

DIVERSA:	CHF 30 al giorno
DIVERSA ^{plus} :	CHF 50 al giorno

6.2 La cura deve essere effettuata in uno stabilimento di cura in Svizzera, riconosciuto dall'assicuratore. L'assicuratore possiede un'elenco degli stabilimenti da lui riconosciuti, che aggiorna continuamente. Questo elenco può essere consultato presso l'assicuratore o ne può essere richiesto un estratto.

6.3 Le prestazioni assicurate vengono accordate al massimo durante 21 giorni per anno civile.

7 Obbligo di notifica

La prescrizione medica della cura deve essere consegnata in tempo, prima dell'inizio della cura, con l'indicazione dello stabilimento di cura o balneare e della data d'inizio della cura.

8 Aiuto domiciliare

8.1 Se l'assicurato totalmente incapace al lavoro, in base ad un attestato medico necessita di un aiuto domiciliare a causa del suo stato di salute e della sua situazione personale e familiare, vengono versati le seguenti prestazioni al giorno:

DIVERSA:	fino a CHF 30
DIVERSA ^{plus} :	fino a CHF 50

8.2 Quale aiuto domiciliare è riconosciuto chi, per professione, accudisce, per conto proprio o per un'organizzazione, all'economia domestica in sostituzione dell'assicurato. Lo stesso contributo può essere concesso, se un'altra persona sostituisce l'assicurato ammalato nei lavori domestici e se i costi inerenti sono accertati.

8.3 La prestazione giornaliera assicurata viene accordata al massimo 30 volte per anno civile.

9 Trasporto di ammalati ed infortunati in Svizzera

9.1 Successivamente alle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, l'assicuratore assume le spese, alle tariffe usuali, sorte in Svizzera per trasporti in ambulanza al medico o all'ospedale più vicini, necessari dal punto di vista medico. Il mezzo di trasporto dev'essere economico ed adeguato.

9.2 Per spese di ricerca e salvataggio di assicurati infortunati o colpiti da malattia acuta vengono accordate successivamente alle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, le seguenti prestazioni:

DIVERSA:	fino a CHF 10'000
DIVERSA ^{plus} :	fino a CHF 20'000

9.3 Se un'organizzazione subordina la propria fatturazione per aiuti prodigati alle prestazioni dell'assicuratore, le prestazioni vengono ridotte a metà.

10 Trattamento dentario

10.1 Le seguenti prestazioni vengono accordate:

10.1.1 Per trattamenti chirurgici stazionari in ospedale atti all'eliminazione di stati patologici (ricostruzione delle arcate gengivo-dentarie con trapianti di pezzi di costa, ricostruzione del vestibolo ecc.), vengono assunte le spese del reparto comune dell'ospedale pubblico contrattuale nel cantone di domicilio.

10.1.2 Per trattamenti ambulatoriali vengono rimborsati i costi non coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e delle cure dentarie scolastiche nella misura del:

DIVERSA:	50%
DIVERSA ^{plus} :	75%

Il risarcimento di prestazioni si basa unicamente sul tariffario dentistico LAINF/AM/AI risp. sul tariffario delle cure dentarie scolastiche e sulle disposizioni tariffali elencate nel rispettivo capitolo. Si tratta dei seguenti trattamenti:

- trattamento ortopedico per motivi funzionali dell'apparato masticatorio (correzione di malposizione dei denti e deformazioni mascellari) fino all'età di 22 anni compiuti;
- trattamento di disturbi all'articolazione mascellare (sindrome di Costen) esclusi corone e ponti;
- trattamento paradontologico (trattamenti diagnostici e terapeutici all'apparecchio di manutenzione dei denti o del parodontium esclusi estrazione, sostituzione di denti ecc.);

- estrazioni chirurgica d'un dente ritenuto o rinchiuso o d'un resto di radice completamente rinchiuso nell'osso;
 - estrazioni d'un dente con sollevamento di un lembo.
- 10.2 Assicurati che possono usufruire di prestazioni dentistiche nel senso di questo articolo sono tenuti ad inviare l'originale della fattura dettagliata del dentista con l'indicazione delle posizioni tariffarie secondo il tariffario dentistico LAINF/AM/AI.

11 Indennità per decesso

- 11.1 In caso di decesso dell'assicurato dopo il terzo giorno di vita e prima del 65° anno di vita compiuto, verrà accordata un'indennità per decesso di CHF 1'000.
- 11.2 La somma viene versata ai superstiti aventi diritto. Sono riconosciuti tali esclusivamente: il coniuge, in sua mancanza i figli, in loro mancanza i genitori.
- 11.3 La designazione d'altri beneficiari o l'esclusione di superstiti aventi diritto non è possibile.
- 11.4 Il decesso dell'assicurato dev'essere notificato immediatamente. Alla richiesta di prestazioni è da allegare un certificato ufficiale di morte.
- 11.5 Se entro sei mesi non viene presentato un certificato ufficiale di morte, il diritto all'indennità per decesso si estingue.

12 Occhiali, lenti a contatto

Per i costi di lenti d'occhiali e lenti a contatto fornite da un ottico vengono accordate, ai bambini fino 18 anni compiuti una volta per anno civile e agli adulti una volta entro tre anni civili, le seguenti prestazioni:

DIVERSA:	fino a CHF 150
DIVERSA ^{plus} :	fino a CHF 250

13 Psicoterapia paramedica

- 13.1 Fintanto che nell'assicurazione obbligatoria di cure medico-sanitarie non esiste un obbligo alle prestazioni per le spese di trattamenti prescritti dal medico ed effettuati da psicoterapeuti paramedici riconosciuti, tali trattamenti vengono risarciti dall'assicurazione DIVERSA:

DIVERSA:	75%, al massimo CHF 2'000 entro tre anni civili
DIVERSA ^{plus} :	75%, al massimo CHF 3'000 entro tre anni civili.

L'ammontare delle prestazioni da accordare, si limita alle posizioni tariffarie valide per la psicoterapia delegata.

- 13.2 Sono psicoterapeuti paramedici riconosciuti, gli psicologi indipendenti che sono membri dell'associazione svizzera degli psicoterapeuti (ASP) o che sono riconosciuti dal Concordato degli assicuratori malattia svizzeri (CAMS).
- 13.3 Per psicoterapie eseguite allo scopo di raggiungere l'autocoscienza, l'autorealizzazione o lo sviluppo della personalità, o per altri scopi che non siano il

trattamento di una malattia non vengono accordate prestazioni.

14 Vaccinazioni

I costi per vaccinazioni non coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie vengono assunti in misura del 90%.

15 Mezzi ausiliari

- 15.1 Per mezzi ausiliari prescritti dal medico, per i quali non ci sia diritto alle prestazioni né dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie né da un'altra assicurazione sociale, vengono accordate per ogni mezzo ausiliare le seguenti prestazioni:

DIVERSA:	50%, al massimo CHF 1'000
DIVERSA ^{plus} :	50%, al massimo CHF 2'000

- 15.2 Mezzi ausiliari riutilizzabili, forniti dall'Associazione svizzera per compiti in comune delle casse malati (ASC), vengono consegnati gratuitamente in prestito agli assicurati.
- 15.3 I costi per l'esercizio e la manutenzione dei mezzi ausiliari non vengono assunti.

16 Trattamenti non obbligatori

Per le spese di operazioni correttive di orecchie sporgenti come pure per legature (sterilizzazione e vasectomia) vengono accordate le seguenti prestazioni:

DIVERSA:	50%, al massimo CHF 2'000
DIVERSA ^{plus} :	50%, al massimo CHF 4'000

17 Medici di ricusa

Per trattamenti eseguiti da medici che hanno rifiutato di fornire le loro prestazioni secondo la tariffa dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (ricusa), vengono accordate le seguenti prestazioni:

DIVERSA:	nessuna prestazione
DIVERSA ^{plus} :	75%, al massimo CHF 2'000 per anno civile

III. Prestazioni all'estero

18 Validità territoriale e temporale

- 18.1 La protezione assicurativa all'estero è valevole in tutto il mondo per soggiorni all'estero di durata inferiore a 12 mesi.
- 18.2 Per i frontalieri è considerato estero, il territorio che non fa parte della Svizzera e d'un corridoio limitrofo di 20 km dalla frontiera nazionale svizzera.

19 Centrale di pronto soccorso

- 19.1 In caso di malattia improvvisa, infortunio, parto imprevisto e morte all'estero, che rendono necessario un intervento di pronto soccorso secondo l'art. 21 o il ricovero all'ospedale, bisogna immediatamente avvertire la centrale di pronto soccorso dell'assicuratore gestita dalla «medical». Questa

- consiglia l'assicurato e gli presta l'aiuto necessario.
- 19.2 Il pronto soccorso necessario viene ordinato, organizzato ed in caso di necessità eseguito dalla centrale di pronto soccorso e risarcito dall'assicuratore.
- 19.3 I costi di azioni di pronto soccorso non ordinati dalla centrale di pronto soccorso secondo l'art. 21 non vengono assunti.

20 Spese di guarigione

In caso di malattia improvvisa, infortunio o parto imprevisto all'estero vengono assunte le seguenti spese di guarigione alle tariffe di uso locale:

- 20.1 cure mediche (solo cure di guarigione riconosciute in Svizzera);
- 20.2 medicinali;
- 20.3 analisi;
- 20.4 trattamenti presso chiropratici;
- 20.5 cure dentarie in seguito ad infortunio;
- 20.6 cure stazionarie in ospedali per malattie acute.

21 Pronto soccorso

- 21.1 In caso di malattia grave, infortunio grave o morte all'estero, l'assicuratore assume le seguenti prestazioni organizzate dalla «medical»:
- 21.1.1 azioni di salvataggio e trasporti necessari dal punto di vista medico;
- 21.1.2 azioni di ricerca per il salvataggio e il ricupero d'un assicurato infortunato o ammalato in modo acuto fino ad un importo massimo di
- | | |
|---------------------------|------------|
| DIVERSA: | CHF 10'000 |
| DIVERSA ^{plus} : | CHF 20'000 |
- 21.1.3 in caso di necessità dal punto di vista medico, rimpatrio a domicilio, ovvero all'ospedale competente;
- 21.1.4 ricupero e rimpatrio d'un assicurato deceduto al domicilio svizzero in cui risiedeva prima della partenza.
- 21.2 Se azioni di ricerca, di salvataggio o di trasporto sono rese impossibili da scioperi, disordini, azioni belliche, radioattività, cause di forza maggiore o motivi simili, la loro messa in atto non può essere pretesa.

22 Durata delle prestazioni

- 22.1 Le prestazioni per trattamenti ambulatoriali vengono accordate al massimo durante la validità della protezione assicurativa secondo l'art. 18.1.
- 22.2 Le prestazioni per trattamenti stazionari in ospedale vengono accordate solo fino al momento in cui si può pretendere un ritorno a casa o un trasferimento nell'ospedale svizzero competente, al massimo però durante
- | | |
|---------------------------|-----------|
| DIVERSA: | 30 giorni |
| DIVERSA ^{plus} : | 60 giorni |

23 Obblighi di notifica

- 23.1 In caso di malattia improvvisa, infortunio o parto imprevisto all'estero, si deve notificare immediatamente l'evento alla centrale di pronto soccorso dell'assicuratore (art. 19).
- 23.2 Le fatture originali dettagliate, i conteggi delle prestazioni di eventuali altri assicuratori malattie o infortuni, e le necessarie indicazioni mediche in una delle lingue nazionali svizzere oppure in inglese sono da inviare immediatamente.
- 23.3 Qualora venissero rimborsate all'assicurato dall'agenzia viaggi o dall'azienda di trasporto spese per vacanze o viaggio, già pagate prima della partenza, divenute inutili o inutilizzabili in seguito a malattia improvvisa o infortunio, tale fatto è da notificare immediatamente. Questi rimborsi vengono dedotti dalle prestazioni.

24 Limitazioni delle prestazioni

- 24.1 Le prestazioni all'estero vengono accordate solo per trattamenti effettuati nel rispettivo paese di soggiorno attuale. Per trasferimenti e trattamenti in terzi paesi non può essere rivendicata alcuna prestazione.
- 24.2 Se l'assicurato risp. l'assicurata si reca all'estero per trattamenti, cure, soggiorni di cura o parto non vengono versate prestazioni. Per quanto riguarda le malattie o i postumi di un'infortunio che esistevano già al momento della partenza per l'estero, non esiste un obbligo alle prestazioni.



CONCORDIA
 Bundesplatz 15
 6002 Lucerna
 Telefono 041 228 01 11
 www.concordia.ch
 info@concordia.ch