

Assicurazione DIVERSA

Condizioni complementari d'assicurazione (CCA)

	Art.	
I. Definizione e oggetto		I. Definizione e oggetto
Assicurazione complementare	1	1 Assicurazione complementare
Oggetto	2	1.1 L'assicurazione DIVERSA è un'assicurazione complementare all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (assicurazione di base). Per tutte le questioni non esplicitamente disciplinate nel quadro delle presenti Condizioni complementari d'assicurazione (CCA) si applicano le disposizioni legali e le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per le assicurazioni complementari per spese di guarigione.
Malattia e infortunio	3	1.2 Per le persone assicurate che hanno concluso una forma particolare dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo l'art. 62 LAMal (ad esempio HMO o modello del medico di famiglia) sono inoltre applicabili le Condizioni particolari d'assicurazione (CPA) corrispondenti.
II. Prestazioni in Svizzera		2 Oggetto
Medicamenti non coperti dall'assicurazione di base	4	2.1 L'assicurazione DIVERSA offre molteplici prestazioni non contemplate dall'assicurazione di base. È un'assicurazione contro i danni.
Cure balneari	5	2.2 L'assicurazione DIVERSA può essere conclusa nelle varianti DIVERSA, DIVERSA ^{care} , DIVERSA ^{plus} o DIVERSA ^{premium} .
Cure di convalescenza	6	3 Malattia e infortunio
Obbligo di notifica prima della cura	7	Le prestazioni dell'assicurazione DIVERSA sono accordate in caso di malattia e infortunio.
Aiuto domiciliare	8	II. Prestazioni in Svizzera
Trasporto in caso di malattia e infortunio in Svizzera	9	4 Medicamenti non coperti dall'assicurazione di base
Trattamento dentario	10	I medicinali non coperti dall'assicurazione di base, prescritti da un medico e registrati in Svizzera presso l'Istituto svizzero dei medicinali (Swissmedic), sono rimborsati come segue:
Indennità di decesso	11	DIVERSA e DIVERSA ^{care} : 50 %
Occhiali, lenti a contatto	12	DIVERSA ^{plus} e DIVERSA ^{premium} : 75 %
Chirurgia refrattiva non coperta dall'assicurazione di base	13	Sono esclusi dall'obbligo di prestazione i preparati indicati nella Lista dei preparati farmaceutici con applicazione particolare (LPFA) e i farmaci impiegati nel quadro di studi scientifici.
Psicoterapia paramedica	14	
Vaccinazioni	15	
Mezzi ausiliari	16	
Trattamenti non coperti dall'assicurazione di base	17	
Medici in ricusa	18	
Pernottamento in caso di intervento ambulatoriale	19	
Family room per neogenitori	20	
Rooming-in	21	
Custodia infantile a domicilio	22	
Corso di primo soccorso pediatrico	23	
Protezione giuridica di pazienti	24	
III. Prestazioni all'estero		
A) Trattamenti in caso d'urgenza		
Validità territoriale e temporale	25	
Centrale di pronto soccorso	26	
Spese di guarigione	27	
Assistenza in caso di emergenza	28	
Durata delle prestazioni	29	
Obbligo di notifica	30	
Limitazioni di prestazioni	31	
B) Trattamenti pianificati		
Trattamento medico ambulatoriale pianificato	32	

5 Cure balneari

- 5.1 Per cure balneari stazionarie su prescrizione medica ed effettuate presso una stazione termale in Svizzera diretta da medici conformemente all'art. 40 LAMal, in aggiunta ai costi coperti dall'assicurazione di base sono accordate le seguenti prestazioni per una durata massima di 21 giorni pro anno civile:
- | | |
|--|------------------|
| DIVERSA e DIVERSA ^{care} : | CHF 30 al giorno |
| DIVERSA ^{plus} e DIVERSA ^{premium} : | CHF 50 al giorno |
- Le prestazioni sono accordate anche se la cura balneare stazionaria prescritta dal medico è effettuata in uno stabilimento europeo, a condizione che sia a direzione medica e che disponga di personale specializzato e di un'offerta terapeutica adeguata per il trattamento di pazienti che necessitano di cure balneari.
- 5.2 La cura balneare deve essere effettuata in una stazione termale riconosciuta dall'assicuratore. L'assicuratore stila e aggiorna continuamente un elenco delle stazioni termali riconosciute. Le persone assicurate possono consultarlo presso l'assicuratore o richiederne un estratto.
- 5.3 Le prestazioni sono accordate unicamente se la cura è stata preceduta da un trattamento ambulatoriale intensivo, riconosciuto scientificamente e idoneo oppure se un trattamento rispondente a queste caratteristiche non sia possibile in regime ambulatoriale. Inoltre, si richiede una visita medica di accettazione ed è necessario che le cure balneologiche e fisiche siano scientificamente riconosciute in Svizzera ed eseguite secondo un piano di cura.

6 Cure di convalescenza

- 6.1 Se il medico prescrive una cura necessaria dal profilo medico ai fini di una completa guarigione o di una convalescenza in seguito a una grave malattia od operazione, sono erogate le seguenti prestazioni:
- | | |
|--|-------------------------|
| DIVERSA e DIVERSA ^{care} : | fino a CHF 30 al giorno |
| DIVERSA ^{plus} e DIVERSA ^{premium} : | fino a CHF 50 al giorno |
- 6.2 La cura deve essere effettuata presso uno stabilimento di cura in Svizzera riconosciuto dall'assicuratore. L'assicuratore stila e aggiorna continuamente un elenco degli stabilimenti riconosciuti. Le persone assicurate possono consultarlo presso l'assicuratore o richiederne un estratto.
- 6.3 Le prestazioni assicurate sono erogate per una durata massima di 21 giorni pro anno civile.

7 Obbligo di notifica prima della cura

La prescrizione medica della cura deve essere inoltrata all'assicuratore tempestivamente, senz'altro prima del suo inizio e deve menzionare lo stabilimento di cura o la stazione termale nonché la data d'inizio della cura.

8 Aiuto domiciliare

- 8.1 Se, a causa di un'incapacità lavorativa completa, la persona assicurata deve ricorrere, su prescrizione medica, a un aiuto domiciliare per motivi di salute o legati a circostanze personali familiari, sono erogate le seguenti prestazioni:
- | | |
|--|------------------|
| DIVERSA e DIVERSA ^{care} : | CHF 30 al giorno |
| DIVERSA ^{plus} e DIVERSA ^{premium} : | CHF 50 al giorno |
- 8.2 È considerato aiuto domiciliare chi provvede a titolo professionale, per conto proprio o di un'organizzazione, al governo della casa in sostituzione della persona assicurata. La medesima prestazione è accordata se un'altra persona provvede al governo della casa in sostituzione della persona assicurata e i costi inerenti sono accertati.
- 8.3 Le prestazioni giornaliere assicurate sono erogate al massimo trenta volte pro anno civile.

9 Trasporto in caso di malattia e infortunio in Svizzera

- 9.1 In via sussidiaria alle prestazioni dell'assicurazione di base, l'assicuratore si fa carico dei costi alle tariffe usuali in Svizzera per trasporti in ambulanza fino al medico o all'ospedale più vicino, necessari dal profilo medico. Il mezzo di trasporto deve soddisfare i criteri di economicità e appropriatezza.
- 9.2 Per le spese di ricerca e salvataggio di persone assicurate infortuniate o colpite da malattia acuta sono accordate in via sussidiaria alle prestazioni dell'assicurazione di base le seguenti prestazioni:
- | | |
|------------------------------|-------------------|
| DIVERSA: | fino a CHF 10'000 |
| DIVERSA ^{care} : | fino a CHF 15'000 |
| DIVERSA ^{plus} : | fino a CHF 20'000 |
| DIVERSA ^{premium} : | fino a CHF 25'000 |
- 9.3 Se un'organizzazione fattura i servizi di assistenza in funzione delle prestazioni coperte dall'assicuratore, il rimborso è ridotto del 50%.

10 Trattamento dentario

- 10.1 Sono previste prestazioni nei seguenti casi:
- 10.1.1 per interventi chirurgici stazionari ai fini dell'eliminazione di stati patologici (ricostruzione delle arcate gengivo-dentarie con trapianti di pezzi di costa, ricostruzione del vestibolo, ecc.), sono assunte le spese del reparto comune di un ospedale convenzionato nel Cantone di domicilio;
- 10.1.2 per trattamenti ambulatoriali sono rimborsati i costi non coperti né dall'assicurazione di base né dalle cure dentarie scolastiche come segue:
- | | |
|--|-----|
| DIVERSA e DIVERSA ^{care} : | 50% |
| DIVERSA ^{plus} e DIVERSA ^{premium} : | 75% |
- Le prestazioni sono rimborsate esclusivamente conformemente a un tariffario dentistico valido nelle assicurazioni sociali svizzere, nello specifico alle posizioni tariffali riportate nel capitolo interessato. Nella fattispecie si tratta dei seguenti trattamenti:

- trattamento ortopedico per motivi funzionali dell'apparato masticatorio (correzione di malposizione dei denti e deformazioni mascellari) per minori di 22 anni;
- 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 Le persone assicurate che hanno diritto alle prestazioni di cui al presente articolo devono inoltrare fatture dentistiche dettagliate in cui siano indicate le posizioni tariffali conformi al tariffario dentistico di diritto delle assicurazioni sociali applicato. L'assicuratore può richiedere l'originale.

11 Indennità di decesso

- 11.1 Si accorda un'indennità di decesso di CHF 1'000 se il decesso della persona assicurata si verifica dopo il terzo giorno di vita e prima del compimento dei 65 anni.
- 11.2 La somma è versata alle e ai superstiti aventi diritto, che sono nell'ordine e in via esclusiva: la/il coniuge o la partner registrata/il partner registrato della persona assicurata, in sua assenza le figlie e i figli della persona assicurata, in loro assenza i genitori della persona assicurata.
- 11.3 Non è possibile designare altre beneficiarie, altri beneficiari, o escludere superstiti aventi diritto.
- 11.4 Il decesso della persona assicurata deve 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 di decesso si estingue.

12 Occhiali, lenti a contatto

Per lenti di occhiali e lenti a contatto fornite da personale ottico si accordano le seguenti prestazioni, fino al compimento dei 18 anni una volta pro anno civile, in seguito una volta ogni tre anni civili:

DIVERSA:	fino a CHF 150
DIVERSA ^{care} :	fino a CHF 200
DIVERSA ^{plus} :	fino a CHF 250
DIVERSA ^{premium} :	fino a CHF 300

13 Chirurgia refrattiva non coperta dall'assicurazione di base

13.1 Per correzioni chirurgiche di difetti visivi non coperte dall'assicurazione di base, si accordano alle persone assicurate di età compresa tra 21 e 50 anni una volta ogni cinque anni civili le seguenti prestazioni, a condizione che l'assicurazione sia stata attivata almeno un anno prima dell'intervento:

DIVERSA ^{care} :	50 %, fino al limite di CHF 400
DIVERSA ^{premium} :	50 %, fino al limite di CHF 600

Non è erogata alcuna prestazione a titolo di DIVERSA e DIVERSA^{plus}.

14 Psicoterapia paramedica

14.1 L'assicurazione DIVERSA contempla le seguenti prestazioni per trattamenti prescritti dal medico ed eseguiti da psicoterapeute e psicoterapeuti paramedici riconosciuti, a condizione che non sussista alcun obbligo di prestazione a carico dell'assicurazione di base:

DIVERSA e DIVERSA ^{care} :	75 %, fino al limite di CHF 2'000 ogni tre anni civili
DIVERSA ^{plus} e DIVERSA ^{premium} :	75 %, fino al limite di CHF 3'000 ogni tre anni civili

L'importo delle prestazioni erogate si limita alle posizioni tariffarie applicabili alla psicoterapia delegata.

14.2 Si riconoscono come psicoterapeute e psicoterapeuti paramedici le psicologhe e gli psicologi indipendenti membri dell'Associazione Svizzera degli Psicoterapeuti (ASP) o che figurano nell'elenco di santésuisse.

14.3 I costi di psicoterapie eseguite ai fini del raggiungimento dell'autocoscienza, dell'autorealizzazione o dello sviluppo della personalità, o per scopi estranei alla cura di una malattia, sono esclusi dal rimborso.

15 Vaccinazioni

I costi di vaccinazioni non coperti dall'assicurazione di base sono rimborsati nella misura del 90%.

16 Mezzi ausiliari

16.1 Per mezzi ausiliari riconosciuti dall'assicuratore, prescritti da un medico ed esclusi da un rimborso a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o di un'altra assicurazione sociale, sono erogate le seguenti prestazioni per ciascun mezzo:

DIVERSA e DIVERSA ^{care} :	50 %, fino al limite di CHF 1'000
DIVERSA ^{plus} e DIVERSA ^{premium} :	50 %, fino al limite di CHF 2'000

16.2 I costi per l'esercizio e la manutenzione dei mezzi ausiliari non vengono assunti.

17 Trattamenti non coperti dall'assicurazione di base

Le prestazioni seguenti sono erogate per i costi di operazioni correttive di orecchie sporgenti e di interventi di legatura (sterilizzazione e vasectomia):

DIVERSA e DIVERSA ^{care} :	50 %,
	fino al limite di CHF 2'000
DIVERSA ^{plus} e DIVERSA ^{premium} :	50 %,
	fino al limite di CHF 4'000

18 Medici in ricusa

Le prestazioni seguenti sono erogate per trattamenti eseguiti da medici che non fatturano attenendosi alla tariffa dell'assicurazione di base (ricusa):

DIVERSA e DIVERSA ^{care} :	nessuna prestazione
DIVERSA ^{plus} e DIVERSA ^{premium} :	75 %,
	fino al limite di CHF 2'000 pro anno civile

19 Pernottamento in caso di intervento ambulatoriale

Le prestazioni seguenti sono erogate pro anno civile per un pernottamento ospedaliero a pagamento, non necessario sotto il profilo medico, prima o dopo un intervento ambulatoriale eseguito in una sala operatoria del medesimo ospedale e coperto dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni oppure dall'assicurazione di base:

DIVERSA ^{care} :	50 %, fino al limite di CHF 200
DIVERSA ^{premium} :	75 %, fino al limite di CHF 200

Non è erogata alcuna prestazione a titolo di DIVERSA e DIVERSA^{plus}.

20 Family room per neogenitori

20.1 Se l'assicurata ha attivato l'assicurazione almeno un anno prima del parto, ha diritto a prestazioni per il pernottamento di membri della sua famiglia in una family room a pagamento nell'ospedale o nella casa per partorienti in cui partorisce. È previsto il seguente rimborso a pernottamento, per massimo cinque pernottamenti pro anno civile:

DIVERSA ^{care} :	fino a CHF 60
DIVERSA ^{premium} :	fino a CHF 100

Non è erogata alcuna prestazione a titolo di DIVERSA e DIVERSA^{plus}.

20.2 Il rimborso della family room è escluso se sono già erogate le prestazioni di rooming-in conformemente all'art. 21.

21 Rooming-in

21.1 Se un genitore pernotta a pagamento nell'ospedale in cui la figlia assicurata o il figlio assicurato di età inferiore a dieci anni è in ricovero, oppure se figlie o figli di età inferiore a dieci anni pernottano a pagamento

nell'ospedale in cui è ricoverato il genitore assicurato, l'assicurazione della persona ospedalizzata eroga le seguenti prestazioni per massimo dieci pernottamenti pro anno civile:

DIVERSA ^{care} :	fino a CHF 60
DIVERSA ^{premium} :	fino a CHF 100

Non è erogata alcuna prestazione a titolo di DIVERSA e DIVERSA^{plus}.

21.2 Il diritto sussiste anche per figlie e figli elettivi e figlie e figli del coniuge.

21.3 Il rimborso del rooming-in è escluso se sono già erogate le prestazioni per la family room conformemente all'art. 20.

22 Custodia infantile a domicilio

22.1 Si tratta di un servizio per genitori che esercitano un'attività lucrativa e sono impossibilitati ad affidare a terzi la custodia di una figlia o un figlio di età superiore ai 4 e inferiore ai 12 anni, vittima di malattia o di infortunio. L'assicuratore, dietro richiesta, reperisce in tempo utile in collaborazione con i propri partner contrattuali una persona qualificata allo scopo. Il costo è rimborsato all'assicurazione del genitore assicurato.

22.2 Per i costi di custodia infantile a domicilio sono erogate le prestazioni orarie seguenti:

DIVERSA ^{care} :	fino a CHF 30,
	fino al limite di CHF 600 pro anno civile

DIVERSA ^{premium} :	fino a CHF 50,
	fino al limite di CHF 600 pro anno civile

Non è erogata alcuna prestazione a titolo di DIVERSA e DIVERSA^{plus}.

22.3 Sussiste un diritto alle prestazioni se il genitore assicurato inoltra la richiesta all'assicuratore o al partner contrattuale con un preavviso di almeno 24 ore, se l'assicuratore riconosce la necessità della custodia e se il servizio è svolto dal personale specializzato raccomandato dall'assicuratore o dal suo partner contrattuale. Se la notifica è effettuata con un preavviso inferiore alle 24 ore, il diritto alle prestazioni dipende dalla disponibilità del personale specializzato.

22.4 Se entrambi i genitori sono assicurati presso l'assicuratore, il contributo massimo orario è accordato una sola volta per custodia.

22.5 Il diritto sussiste anche per figlie e figli elettivi o figlie e figli del coniuge.

23 Corso di primo soccorso pediatrico

23.1 I genitori assicurati che hanno una figlia o un figlio di età inferiore ai sei anni, hanno diritto alle seguenti prestazioni per un corso di primo soccorso pediatrico, una volta ogni tre anni civili:

DIVERSA ^{care} :	50 %, fino al limite di CHF 200
DIVERSA ^{premium} :	50 %, fino al limite di CHF 200

Non è erogata alcuna prestazione a titolo di DIVERSA e DIVERSA^{plus}.

23.2 Il corso di primo soccorso pediatrico deve soddisfare i criteri qualitativi definiti dall'assicuratore. L'assicuratore stila e aggiorna continuamente un elenco delle istituzioni organizzatrici di corsi riconosciute. Le persone assicurate possono consultarlo presso l'assicuratore o richiederne un estratto.

24 Protezione giuridica di pazienti

24.1 Se, in qualità di paziente, la persona assicurata ha bisogno di un'assistenza giuridica nell'ambito di litigi in materia contrattuale o di responsabilità civile con dei fornitori di prestazioni riconosciuti dalla CONCORDIA, ha diritto alle prestazioni seguenti per ciascun caso giuridico:

DIVERSA^{care}: fino a CHF 300'000 in Europa
fino a CHF 50'000 al di fuori dell'Europa

DIVERSA^{premium}: fino a CHF 500'000 in Europa
fino a CHF 50'000 al di fuori dell'Europa

Non è erogata alcuna prestazione per la protezione giuridica di pazienti a titolo di DIVERSA e DIVERSA^{plus}.

24.2 Al fine di garantire queste prestazioni, la CONCORDIA ha concluso un contratto con un assicuratore di protezione giuridica. Le condizioni d'assicurazione di quest'ultimo sono applicabili a tutti gli aspetti della protezione giuridica di pazienti. La CONCORDIA è autorizzata a cambiare assicuratore di protezione giuridica in qualsiasi momento, pur mantenendo la copertura assicurativa convenuta. Se del caso, informa le proprie assicurate e i propri assicurati con un preavviso di almeno un mese.

III. Prestazioni all'estero

A) Trattamenti in caso d'emergenza

25 Validità territoriale e temporale

25.1 La protezione assicurativa all'estero è accordata in tutto il mondo durante i primi 12 mesi di ciascun soggiorno estero.

25.2 In caso di trasferimento di domicilio all'estero, nel nuovo Paese di domicilio la protezione assicurativa è accordata per i primi 12 mesi di permanenza. Allo scadere dei 12 mesi resta tuttavia in essere la protezione assicurativa in caso di soggiorno in altri Paesi del mondo. Le prestazioni ai sensi del presente articolo non concernono le cure di emergenza in Svizzera.

26 Centrale di pronto soccorso

26.1 È necessario contattare immediatamente la centrale di pronto soccorso indicata dall'assicuratore se la persona assicurata ha bisogno di assistenza immediata come indicato all'art. 28 o se deve essere ricoverata d'urgenza in seguito a insorgenza improvvisa di malattia, in caso di infortunio, di parto improvviso o di decesso all'estero. La centrale consiglia la persona assicurata e le fornisce l'aiuto necessario.

26.2 In caso di emergenza, l'assistenza necessaria sarà ordinata, organizzata e, se del caso, prestata direttamente dalla centrale di pronto soccorso ed è a carico dell'assicuratore.

26.3 Non si rimborsano i costi di interventi immediati di assistenza conformemente all'art. 28 che non sono stati ordinati dalla centrale di pronto soccorso.

27 Spese di guarigione

In caso di insorgenza improvvisa di malattia, infortunio o parto improvviso all'estero, le spese di guarigione seguenti sono assunte alle tariffe locali in uso:

27.1 cure mediche (solo cure di guarigione riconosciute in Svizzera);

27.2 medicinali;

27.3 analisi;

27.4 trattamenti chiropratici;

27.5 cure dentarie in seguito ad infortunio;

27.6 cure stazionarie in ospedali per malattie acute.

28 Assistenza in caso di emergenza

28.1 In caso di malattia seria, infortunio grave o decesso all'estero, l'assicuratore si fa carico delle seguenti prestazioni organizzate dalla propria centrale di pronto soccorso:

28.1.1 azioni di salvataggio e trasporti necessari sotto il profilo medico;

28.1.2 azioni di ricerca per il salvataggio e il recupero della persona assicurata infortunata o ammalata in modo acuto fino a un importo massimo di

DIVERSA e DIVERSA^{care}: CHF 10'000

DIVERSA^{plus} e DIVERSA^{premium}: CHF 20'000

28.1.3 trasferimento al domicilio della persona assicurata o all'ospedale svizzero competente in caso di necessità medica;

28.1.4 recupero e rimpatrio della persona assicurata deceduta al domicilio svizzero in cui risiedeva prima della partenza.

28.2 Non è possibile pretendere lo svolgimento di azioni di ricerca, salvataggio e trasporto se scioperi, disordini, azioni belliche, radioattività, cause di forza maggiore o motivi simili ne impediscono l'attuazione.

29 Durata delle prestazioni

29.1 Le prestazioni per trattamenti ambulatoriali sono accordate esclusivamente durante il periodo di validità della copertura assicurativa secondo l'art. 25.

29.2 Le prestazioni per trattamenti ospedalieri stazionari sono accordate unicamente fino a quando, sotto il profilo medico, non sia esigibile il viaggio di ritorno della persona assicurata o il suo trasferimento nell'ospedale di competenza in Svizzera (art. 25.1) o nel Paese di domicilio (art. 25.2), in ogni caso per le seguenti durate massime:

DIVERSA:	30 giorni
DIVERSA ^{care} :	45 giorni
DIVERSA ^{plus} :	60 giorni
DIVERSA ^{premium} :	75 giorni

30 Obbligo di notifica

30.1 In caso di insorgenza improvvisa di una malattia, di infortunio o parto improvviso all'estero, occorre notificare immediatamente l'evento alla centrale di pronto soccorso dell'assicuratore (art. 26).

30.2 Le fatture dettagliate, i conteggi di prestazioni di eventuali altri assicuratori malattia o infortuni e tutte le informazioni mediche necessarie devono essere inoltrate con tempestività in una delle lingue nazionali svizzere o in inglese. L'assicuratore può richiedere gli originali.

31 Limitazioni di prestazioni

31.1 Le prestazioni all'estero sono accordate solo per trattamenti effettuati nel Paese estero scelto come meta del soggiorno. In caso di trasferimenti e trattamenti in Paesi terzi diversi, non può essere rivendicata alcuna prestazione.

31.2 Se la persona assicurata si reca all'estero per sottoporsi a un trattamento o seguire una cura oppure per partorire, non sono erogate prestazioni. Per le malattie e i postumi d'infortunio che esistevano già prima della partenza, l'obbligo di prestazione decade. È fatto salvo l'art. 32.

B) Trattamenti pianificati

32 Trattamento medico ambulatoriale pianificato

32.1 In caso di trattamento medico ambulatoriale pianificato all'estero, per il quale sussisterebbe un diritto alle prestazioni a titolo dell'assicurazione di base qualora fosse effettuato in Svizzera, l'assicuratore, previa garanzia di assunzione dei costi, si fa carico dei costi delle cure ambulatoriali eseguite presso uno studio medico o un ospedale e dei medicinali necessari ai fornitori di prestazioni per il trattamento in questione. Le prestazioni, calcolate in base alle tariffe locali in uso e dopo deduzione di una franchigia annua di CHF 1'000, sono erogate come segue:

DIVERSA ^{premium} :	75 %, fino a CHF 10'000 pro anno civile
------------------------------	---

Non è erogata alcuna prestazione a titolo di DIVERSA, DIVERSA^{care} e DIVERSA^{plus}.

32.2 La persona assicurata è tenuta a inoltrare all'assicuratore una richiesta di garanzia di assunzione dei costi almeno sette giorni prima dell'inizio del trattamento. Tale richiesta deve indicare il periodo del trattamento, il trattamento medico previsto e il fornitore di prestazioni scelto. In caso di rifiuto della richiesta o di inoltro tardivo della medesima, non è erogata alcuna prestazione.

32.3 La persona assicurata è tenuta a inoltrare le indicazioni mediche necessarie all'accordo delle prestazioni e la fattura dettagliata in una delle lingue nazionali svizzere oppure in inglese. L'assicuratore può richiedere l'originale. Se la persona assicurata non può presentare alcuna fattura dettagliata, l'assicuratore determina le prestazioni tenendo conto del tipo e della gravità della malattia o dei postumi dell'infortunio.

32.4 L'assicuratore tiene un elenco dei Paesi in cui i trattamenti ambulatoriali pianificati o il controllo delle prestazioni non possono essere sufficientemente garantiti sotto il profilo qualitativo, in particolare le aree di conflitto e di crisi oppure i Paesi emergenti e in via di sviluppo. Per beneficiare dell'assunzione dei costi di un trattamento ambulatoriale in un Paese che figura nell'elenco summenzionato, occorre da un lato che l'assistenza medica soddisfi requisiti qualitativi sufficienti e dall'altro che sia escluso ogni eventuale comportamento fraudolento. Affinché l'assicuratore possa esaminare tali criteri, la persona assicurata è tenuta a indicare le ragioni che giustificano il trattamento ambulatoriale pianificato presso il fornitore di prestazioni in questione e a esibire, oltre alle informazioni richieste conformemente all'art. 32.2, tutti i documenti in suo possesso concernenti il fornitore di prestazioni nonché un preventivo dei costi. L'assicuratore, se considera che le condizioni siano soddisfatte, rilascia la garanzia di assunzione dei costi.

In caso contrario, ne rifiuta il rilascio e non si fa carico di alcuna prestazione. L'elenco aggiornato dei Paesi può essere consultato presso l'assicuratore oppure può esserne richiesto un estratto.

32.5 L'assicuratore, inoltre, tiene un elenco dei fornitori di prestazioni che in passato, secondo le informazioni in suo possesso, hanno fornito un'assistenza medica di qualità insufficiente, eseguito trattamenti che non soddisfano il criterio dell'economicità, emesso fatture eccessivamente onerose, cooperato in modo insufficiente con l'assicuratore o i suoi partner oppure che hanno adottato un comportamento fraudolento. L'assicuratore non rilascia nessuna garanzia di assunzione dei costi per i trattamenti eseguiti da questi fornitori di prestazioni e non si fa carico dei costi delle prestazioni. Conformemente all'impegno a osservare le prescrizioni in materia di protezione dei dati e della personalità, l'assicuratore si limita a rendere noti i fornitori di

prestazioni che figurano nell'elenco unicamente in singoli casi, nel quadro dell'esame delle richieste di garanzia di assunzione dei costi o di rimborso delle prestazioni. L'autorità di vigilanza dell'assicuratore può in qualsiasi momento richiedere il summenzionato elenco per consultarlo.

- 32.6 Sono esclusi dall'obbligo di prestazione:
- psicoterapia medica e paramedica;
 - preparati che figurano nella Lista dei preparati farmaceutici con applicazione particolare (LPFA);
 - prodotti detti di comfort e life style e i preparati analoghi;
 - preparati utilizzati a fini cosmetici;
 - spese personali;
 - prestazioni per gli eventi menzionati agli art. 32 e 33 delle CGA;
 - prestazioni in Svizzera in caso di domicilio all'estero.
- 32.7 In caso di fluttuazioni monetarie o di aumenti dei costi del settore sanitario all'estero, l'assicuratore è autorizzato ad adeguare l'importo massimo o la franchigia per la prestazione assicurata. A tal fine comunica per iscritto alla/allo stipulante le nuove condizioni contrattuali al più tardi 25 giorni prima della loro entrata in vigore. La/Lo stipulante ha quindi il diritto di disdire l'assicurazione per la fine dell'anno civile in corso. Se fa uso di tale diritto, l'assicurazione si estingue alla fine dell'anno civile in corso. La disdetta deve pervenire all'assicuratore al più tardi l'ultimo giorno dell'anno civile in corso. In mancanza di disdetta da parte della/dello stipulante, l'adeguamento dell'assicurazione si ritiene accettato.



Bundesplatz 15
6002 Lucerna
Telefono +41 41 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch