

Assicurazione DIVERSA

Condizioni complementari d'assicurazione (CCA)

	Art.	
I. Concetto e contenuto		I. Concetto e contenuto
Assicurazione complementare	1	1 Assicurazione complementare
Contenuto	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 dalle presenti Condizioni complementari d'assicurazione (CCA) valgono le disposizioni legislative e le Condizioni generali d'assicurazione delle assicurazioni complementari per spese di guarigione (CGA).
Malattia e infortunio	3	1.2 Per gli assicurati che hanno concluso una forma particolare d'assicurazione di base secondo l'art. 62 LAMal (ad es. HMO, modello del medico di famiglia) valgono inoltre le relative Condizioni particolari d'assicurazione (CPA).
II. Prestazioni in Svizzera		2 Contenuto
Medicamenti non obbligatoriamente a carico dell'assicurazione di base	4	2.1 L'assicurazione DIVERSA accorda molteplici prestazioni che oltrepassano il quadro delle prestazioni dell'assicurazione di base.
Cure balneari	5	2.2 L'assicurazione DIVERSA può essere conclusa nelle sue varianti DIVERSA, DIVERSA ^{care} , DIVERSA ^{plus} o DIVERSA ^{premium} .
Cure di convalescenza	6	3 Malattia e infortunio
Obbligo di notifica	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 obbligatoriamente a carico dell'assicurazione di base
Trattamento dentario	10	I medicinali non obbligatoriamente a carico dell'assicurazione di base prescritti da un medico e registrati in Svizzera presso l'Istituto svizzero dei medicinali (Swissmedic), sono a carico di
Indennità di decesso	11	DIVERSA e DIVERSA ^{care} : 50 %
Occhiali, lenti a contatto	12	DIVERSA ^{plus} e DIVERSA ^{premium} : 75 %
Chirurgia refrattiva non obbligatoriamente a carico dell'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 obbligatoriamente a carico dell'assicurazione di base	17	
Medici in ricusa	18	
Pernottamento in caso di intervento ambulatoriale	19	
Stanza per famiglie in caso di parto	20	
Rooming-in	21	
Custodia di bambini	22	
Corso per emergenze con i bambini	23	
Protezione giuridica dei 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	
Pronto soccorso	28	
Durata delle prestazioni	29	
Obbligo di notifica	30	
Limitazioni delle prestazioni	31	
B Trattamenti pianificati		
Trattamento medico ambulatoriale pianificato	32	

5 Cure balneari

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

DIVERSA e DIVERSA ^{care} :	CHF 30 al giorno
DIVERSA ^{plus} e DIVERSA ^{premium} :	CHF 50 al giorno

Questi contributi sono accordati anche se la cura balneare stazionaria prescritta dal medico è effettuata presso uno stabilimento di cura balneare europeo posto sotto direzione medica che dispone del personale specializzato necessario e di un'offerta terapeutica adeguata per il trattamento di pazienti che necessitano di cure balneari.

5.2 Queste prestazioni sono 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, una visita medica deve essere effettuata all'inizio della cura e delle 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 sotto il profilo medico ai fini di una completa guarigione o convalescenza in seguito a una grave malattia od operazione e se la stessa è prescritta dal medico, sono accordate le seguenti prestazioni giornaliere:

DIVERSA e DIVERSA ^{care} :	fino a CHF 30
DIVERSA ^{plus} e DIVERSA ^{premium} :	fino a CHF 50

6.2 La cura deve essere effettuata presso uno stabilimento di cura in Svizzera riconosciuto dall'assicuratore. L'assicuratore tiene un elenco, costantemente aggiornato, degli stabilimenti da lui riconosciuti. Gli assicurati possono consultarlo presso l'assicuratore o richiederne 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 inoltrata tempestivamente, prima dell'inizio della cura, indicando lo stabilimento di cura o balneare e la data d'inizio della cura.

8 Aiuto domiciliare

8.1 Se, in caso d'incapacità lavorativa completa e in virtù di un attestato medico, la persona assicurata deve ricorrere a un aiuto domiciliare per motivi di salute o legati a circostanze personali familiari, sono erogate le seguenti prestazioni giornaliere:

DIVERSA e DIVERSA ^{care} :	CHF 30
DIVERSA ^{plus} e DIVERSA ^{premium} :	CHF 50

8.2 È considerata aiuto domiciliare la persona che acquisite a titolo professionale, per conto proprio o di un'organizzazione, all'economia domestica in sostituzione dell'assicurato. Il medesimo contributo è accordato se un'altra persona sostituisce la persona assicurata malata nei lavori domestici e se i costi inerenti sono accertati.

8.3 La prestazione giornaliera assicurata è erogata al massimo 30 volte per anno civile.

9 Trasporto in caso di malattia e infortunio in Svizzera

9.1 Quale complemento alle prestazioni dell'assicurazione di base, l'assicuratore si fa carico alle tariffe usuali dei costi generati in Svizzera per i trasporti in ambulanza, necessari sotto il profilo medico, fino al medico od ospedale più vicino. Il mezzo di trasporto deve soddisfare i criteri di economicità e appropriatezza.

9.2 Per le spese di ricerca e salvataggio di assicurati infortunati o colpiti da malattia acuta sono accordate a complemento delle 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 subordina la propria fatturazione per aiuti prodigati alle prestazioni dell'assicuratore, le prestazioni vengono ridotte della metà.

10 Trattamento dentario

10.1 Le seguenti prestazioni sono accordate:

10.1.1 Per trattamenti 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 dell'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 nella misura del

DIVERSA e DIVERSA ^{care} :	50%
DIVERSA ^{plus} e DIVERSA ^{premium} :	75%

Il rimborso delle prestazioni si basa unicamente sul tariffario dentistico LAINF/AM/AI risp. sul tariffario delle cure dentarie scolastiche e sulle disposizioni tariffali elencate nel capitolo corrispondente. Nella fattispecie 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 Gli assicurati che possono usufruire di prestazioni dentistiche ai sensi del presente articolo sono tenuti a inoltrare l'originale della fattura dettagliata del dentista con l'indicazione delle posizioni tariffarie secondo il tariffario dentistico LAINF/AM/AI.

11 Indennità di decesso

- 11.1 In caso di decesso dell'assicurato dopo il terzo giorno di vita e prima del 65° anno d'età compiuto, è accordata un'indennità di decesso di CHF 1'000.
- 11.2 La somma viene versata ai superstiti aventi diritto. Sono riconosciuti tali: il coniuge, in sua mancanza i figli, in loro mancanza i genitori (lista esaustiva).
- 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 di decesso si estingue.

12 Occhiali, lenti a contatto

Le prestazioni seguenti sono erogate per i costi di lenti d'occhiali e lenti a contatto fornite da un ottico ai bambini fino 18 anni compiuti una volta per anno civile e agli adulti 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

Il termine d'attesa menzionato all'art. 13.2 è mantenuto per gli assicurati che hanno sottoscritto DIVERSA^{care} e DIVERSA^{premium}.

13 Chirurgia refrattiva non obbligatoriamente a carico dell'assicurazione di base

- 13.1 Le prestazioni seguenti sono erogate una volta ogni cinque anni civili agli assicurati dal 21° al 50° anno d'età compiuto per la correzione chirurgica di un difetto visivo non obbligatoriamente a carico dell'assicurazione di base, premesso che l'assicurazione sia stata in vigore per almeno un anno al momento dell'intervento:
- | | |
|------------------------------|--------------------------|
| DIVERSA ^{care} : | 50 %, al massimo CHF 400 |
| DIVERSA ^{premium} : | 50 %, al massimo CHF 600 |
- Non è erogata alcuna prestazione a titolo di DIVERSA e DIVERSA^{plus}.

- 13.2 Non sussiste alcun diritto alle prestazioni per lenti per occhiali e lenti a contatto secondo l'art. 12 durante i tre anni che seguono l'intervento per il quale sono state erogate prestazioni conformemente all'art. 13.1.

14 Psicoterapia paramedica

- 14.1 Le prestazioni seguenti sono erogate a titolo dell'assicurazione DIVERSA per i costi di trattamenti prescritti dal medico ed eseguiti da psicoterapeuti paramedici riconosciuti purché non sussista alcun obbligo di prestazione a titolo dell'assicurazione di base:
- | | |
|--|------|
| DIVERSA e DIVERSA ^{care} : | 75%, |
| <hr/> | |
| al massimo CHF 2'000 entro 3 anni civili | |
| DIVERSA ^{plus} e DIVERSA ^{premium} : | 75%, |
| <hr/> | |
| al massimo CHF 3'000 entro 3 anni civili | |
- L'importo delle prestazioni da erogare si limita alle posizioni tariffarie applicabili alla psicoterapia delegata.
- 14.2 Sono considerati psicoterapeuti paramedici riconosciuti gli psicologi indipendenti che sono membri dell'Associazione Svizzera degli Psicoterapeuti (ASP) o che figurano nell'elenco di santésuisse.
- 14.3 Non sono prese a carico le psicoterapie eseguite ai fini del raggiungimento dell'autocoscienza, dell'autorealizzazione o dello sviluppo della personalità, o per altri scopi che non siano il trattamento di una malattia.

15 Vaccinazioni

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

16 Mezzi ausiliari

- 16.1 Le prestazioni seguenti sono erogate, per ogni mezzo ausiliario, per mezzi ausiliari prescritti dal medico per i quali non ci sia diritto alle prestazioni né a titolo dell'assicurazione di base né a titolo di un'altra assicurazione sociale:
- | | |
|--|------|
| DIVERSA e DIVERSA ^{care} : | 50%, |
| <hr/> | |
| al massimo CHF 1'000 | |
| DIVERSA ^{plus} e DIVERSA ^{premium} : | 50%, |
| <hr/> | |
| al massimo CHF 2'000 | |
- 16.2 I mezzi ausiliari riutilizzabili forniti dalla Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malattia (SVK) sono consegnati gratuitamente agli assicurati a titolo di prestito.
- 16.3 I costi per l'esercizio e la manutenzione dei mezzi ausiliari non vengono assunti.

17 Trattamenti non obbligatoriamente a carico dell'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 %,
al massimo CHF 2'000	
DIVERSA ^{plus} e DIVERSA ^{premium} :	50 %,
al massimo CHF 4'000	

18 Medici in ricusa

Le prestazioni seguenti sono erogate per i trattamenti eseguiti da medici che hanno rifiutato di fornire le proprie prestazioni secondo la tariffa dell'assicurazione di base (ricusa):

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

19 Pernottamento in caso di intervento ambulatoriale

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

DIVERSA ^{care} :	50 %, al massimo CHF 200
DIVERSA ^{premium} :	75 %, al massimo CHF 200

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

20 Stanza per famiglie in caso di parto

20.1 Le prestazioni seguenti sono erogate per pernottamento, al massimo per cinque pernottamenti per anno civile, se i familiari di un'assicurata occupano una stanza per famiglie a pagamento presso l'ospedale o la casa per partorienti presso cui ha luogo il parto e se l'assicurazione della madre è in vigore da almeno un anno prima del parto:

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 Non è erogata alcuna prestazione per la stanza per famiglie se delle prestazioni di rooming-in sono già concesse conformemente all'art. 21.

21 Rooming-in

21.1 Le prestazioni seguenti sono erogate per pernottamento a titolo dell'assicurazione della persona ospedalizzata, al massimo per dieci pernottamenti per anno civile, se un genitore trascorre la notte a pagamento in una camera dell'ospedale presso cui è ospedalizzato suo figlio che non ha ancora compiuto il 10° anno d'età oppure se uno o più figli che

non hanno ancora compiuto il 10° anno d'età trascorrono la notte a pagamento in una camera dell'ospedale presso cui è ospedalizzato un genitore assicurato:

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 i figli elettivi e i figli del coniuge.

21.3 Non è erogata alcuna prestazione per il rooming-in se delle prestazioni sono già concesse per la stanza per famiglie conformemente all'art. 20.

22 Custodia di bambini

22.1 Se un bambino dal 4° al 12° anno d'età compiuto deve essere custodito a causa di una malattia o di un infortunio, mentre i genitori esercitano un'attività lucrativa e non sono in grado di organizzare la custodia affidandola a una terza persona, il genitore assicurato può chiedere all'assicuratore di trovargli in tempo utile, in collaborazione con dei partner contrattuali adeguati, una persona specializzata per assolvere tale compito.

22.2 Le prestazioni orarie seguenti sono erogate per i costi di custodia di bambini:

DIVERSA ^{care} :	fino a CHF 30,
al massimo CHF 600 per anno civile	
DIVERSA ^{premium} :	fino a CHF 50,
al massimo CHF 600 per 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 notifica la necessità di beneficiare della custodia all'assicuratore o al suo 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 i figli elettivi e i figli del coniuge.

23 Corso per emergenze con i bambini

23.1 I genitori assicurati che hanno dei figli fino al 6° anno d'età compiuto hanno diritto alle prestazioni seguenti una volta ogni tre anni civili per i costi di un corso per emergenze con i bambini:

DIVERSA ^{care} :	50 %, al massimo CHF 200
DIVERSA ^{premium} :	50 %, al massimo CHF 200

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

23.2 Il corso per emergenze con i bambini deve soddisfare i criteri qualitativi definiti dall'assicuratore. Quest'ultimo tiene un elenco, costantemente aggiornato, delle istituzioni organizzatrici di corsi riconosciute. Gli assicurati possono consultarlo presso l'assicuratore o richiederne un estratto.

24 Protezione giuridica dei pazienti

24.1 Se, in qualità di paziente, un assicurato 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 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 dei 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 dei pazienti. La CONCORDIA è autorizzata a cambiare assicuratore di protezione giuridica in qualsiasi momento, pur mantenendo la copertura assicurativa convenuta. Se del caso, informa i propri assicurati con un preavviso di almeno un mese.

III. Prestazioni all'estero

A Trattamenti in caso d'urgenza

25 Validità territoriale e temporale

25.1 La protezione assicurativa all'estero è valida in tutto il mondo per soggiorni all'estero di durata inferiore ai 12 mesi.

25.2 Per i frontalieri è considerato «estero» il territorio che non fa parte della Svizzera e di un corridoio limitrofo di 20 km dalla frontiera nazionale svizzera.

26 Centrale di pronto soccorso

26.1 In caso di malattia improvvisa, infortunio, parto imprevisto e decesso all'estero che rendono necessario un intervento di pronto soccorso secondo l'art. 28 o il ricovero all'ospedale, occorre immediatamente avvertire la centrale di pronto soccorso dell'assicuratore gestita da «medicall». Quest'ultima consiglia l'assicurato e gli presta l'aiuto necessario.

26.2 Il pronto soccorso necessario è ordinato, organizzato ed eseguito in caso di bisogno dalla centrale di pronto soccorso e rimborsato dall'assicuratore.

26.3 I costi di azioni di pronto soccorso non ordinati dalla centrale di pronto soccorso secondo l'art. 28 non sono coperti.

27 Spese di guarigione

In caso di malattia improvvisa, infortunio o parto imprevisto 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 presso chiropratici;

27.5 cure dentarie in seguito ad infortunio;

27.6 cure stazionarie in ospedali per malattie acute.

28 Pronto soccorso

28.1 In caso di malattia seria, infortunio grave o decesso all'estero, l'assicuratore si fa carico delle seguenti prestazioni organizzate da «medicall»:

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

28.1.2 azioni di ricerca per il salvataggio e il ricupero d'un assicurato infortunato o ammalato 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 ricupero e rimpatrio d'un assicurato deceduto al domicilio svizzero in cui risiedeva prima della partenza.

28.2 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 attuazione non è esigibile.

29 Durata delle prestazioni

29.1 Le prestazioni per trattamenti ambulatoriali sono accordate al massimo durante la validità della protezione assicurativa secondo l'art. 25.1.

29.2 Le prestazioni per trattamenti stazionari in ospedale sono accordate solo fino al momento in cui si può esigere un ritorno al domicilio o un trasferimento all'ospedale svizzero competente, al massimo però durante

DIVERSA: 30 giorni

DIVERSA^{care}: 45 giorni

DIVERSA^{plus}: 60 giorni

DIVERSA^{premium}: 75 giorni

30 Obbligo di notifica

- 30.1 In caso di malattia improvvisa, infortunio o parto imprevisto all'estero, occorre notificare immediatamente l'evento alla centrale di pronto soccorso dell'assicuratore (art. 26).
- 30.2 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 devono essere inoltrate immediatamente.
- 30.3 Se l'organizzatore dei viaggi o l'azienda di trasporto rimborsa alla persona assicurata le spese di vacanza o di viaggio già versate prima della partenza e divenute inutili o inutilizzabili in seguito a malattia improvvisa o infortunio, occorre informarne immediatamente l'assicuratore. L'importo rimborsato è dedotto dalle prestazioni assicurative.

31 Limitazioni delle prestazioni

- 31.1 Le prestazioni all'estero sono accordate solo per trattamenti effettuati nel rispettivo Paese di soggiorno attuale. Per trasferimenti e trattamenti in Paesi terzi 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 all'estero, 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 dei trattamenti medici ambulatoriali eseguiti 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 %, |
| al massimo CHF 10'000 per 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 originale dettagliata in una delle lingue nazionali svizzere oppure in inglese. 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 fornire, oltre alle informazioni richieste conformemente all'art. 32.2, tutti i documenti in suo possesso sul fornitore di prestazioni e 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. Il summenzionato 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, allestito 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. Inoltre s'impegna a osservare le prescrizioni in materia di protezione dei dati e della personalità. A tal fine, l'assicuratore menziona 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:
- la psicoterapia medica e paramedica;
 - i preparati che figurano nella lista dei preparati farmaceutici con applicazione particolare (LPFA);
 - i prodotti detti di comfort e life style e i preparati analoghi;
 - i preparati utilizzati a fini cosmetici;
 - le spese personali;
 - le prestazioni per gli eventi menzionati agli art. 31 e 32 delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA).
- 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 allo stipulante le nuove condizioni contrattuali al più tardi 25 giorni prima della loro entrata in vigore. 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 del 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 dello stipulante, l'adeguamento dell'assicurazione si ritiene accettato.



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