

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare in caso d'ospedalizzazione H-Bonus

HB

HBGA01-I6 – edizione 01.01.2024

Indice

Art. 1	Scopo dell'assicurazione	Art. 8	Dovere dell'assicurato in caso d'ospedalizzazione
Art. 2	Condizioni d'adesione	Art. 9	Diritto alle prestazioni
Art. 3	Rischi coperti	Art. 10	Erogazione delle prestazioni
Art. 4	Prestazioni assicurate	Art. 11	Livello di premi (sistema di bonus)
Art. 5	Estensione delle prestazioni	Art. 12	Variazione del livello dei premi
Art. 6	Durata delle prestazioni	Art. 13	Premi
Art. 7	Ospedalizzazione all'estero		

Le seguenti disposizioni sono disciplinate dalle condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari (CGC), la cui data d'edizione è indicata nella polizza d'assicurazione.

Art. 1 Scopo dell'assicurazione

1. L'assicurazione H-Bonus assume i costi delle cure, le spese alberghiere e gli onorari dei medici in caso d'ospedalizzazione nel reparto comune, semiprivato o privato.
2. La persona assicurata sceglie il reparto ospedaliero nel quale desidera essere curata, al massimo il giorno in cui è ammessa in ospedale.
3. Le prestazioni sono corrisposte in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal (qui di seguito AOMS).
4. Il sistema di bonus consente all'assicurato di ridurre il proprio premio, se non ha usufruito di prestazioni d'assicurazione per un'ospedalizzazione nel reparto semiprivato o privato.

Art. 2 Condizioni d'adesione

Chiunque può aderire all'assicurazione complementare H-Bonus fino ai 60 anni.

Art. 3 Rischi coperti

Le prestazioni del prodotto H-Bonus sono garantite in caso di malattia, d'infortunio o di maternità.

Art. 4 Prestazioni assicurate

1. Scelta del reparto e partecipazione dell'assicurato
In caso d'ospedalizzazione con degenza (superiore a 24 ore), effettuata esclusivamente:
 - in un centro ospedaliero di cure acute,
 - in un centro di cure psichiatriche o
 - in un centro di riabilitazione,

l'assicurato può scegliere il reparto ospedaliero con le seguenti partecipazioni a suo carico :

Reparto scelto	Partecipazione dell'assicurato
Reparto comune	Fr. 0.–
Reparto semiprivato	Fr. 100.– al giorno, massimo 30 giorni per anno civile
Reparto privato	Fr. 200.– al giorno, massimo 20 giorni per anno civile

Nel calcolo del numero di giorni di degenza soggetti a partecipazione dell'assicurato, il giorno d'ammissione e il giorno di dimissione sono considerati come giorni interi, se fatturati dall'ente ospedaliero.

Se nel corso di un anno civile, in caso di ospedalizzazioni, l'assicurato sceglie entrambi i reparti semiprivato e privato, l'importo massimo che l'assicurato deve assumere equivale al limite annuo massimo del reparto privato, vale a dire Fr. 4'000.–.

2. Copertura delle prestazioni in caso di maternità
 - a. Le prestazioni dell'assicurazione H-Bonus in caso di maternità e di parto sono corrisposte dopo una durata di copertura di 12 mesi.
 - b. In caso d'interruzione di gravidanza ai sensi della LAMal e per qualsiasi altra prestazione in relazione con la maternità, si applica il termine di attesa previsto alla lettera a.
 - c. Nell'ambito di un parto coperto, l'assicuratore assume altresì le spese di degenza del neonato in buona salute durante l'ospedalizzazione della madre, purché anche quest'ultimo sia assicurato presso l'assicuratore.

Art. 5 Estensione delle prestazioni

1. L'assicuratore assume i costi degli enti ospedalieri o dei medici riconosciuti, vale a dire quelli con cui l'assicuratore ha stipulato una convenzione tariffale.
2. Se un assicurato usufruisce di prestazioni da parte di un ente ospedaliero o di un medico non riconosciuto, avrà diritto, a seconda del tipo di cura (acuta, di riabilitazione o psichiatrica) e del reparto (semiprivato o privato), al rimborso delle prestazioni d'ospedalizzazione con degenza effettivamente fatturate, ma al massimo gli importi che figurano nell'Allegato A, per notte d'ospedalizzazione.
L'elenco dei fornitori di prestazioni e degli importi massimi è disponibile sul sito Internet dell'assicuratore o può essere ottenuto su richiesta. L'elenco valido al momento del trattamento è determinante.
L'assicuratore può modificare in qualunque momento l'elenco dei fornitori di prestazioni. Tale modifica dell'elenco non fa scaturire alcun diritto di disdetta per il contraente.
3. Nell'ambito della presente assicurazione, non si ha copertura assicurativa in caso di trapianti di organi per i quali la Federazione svizzera per compiti comuni degli assicuratori malattia di Soletta (SVK) ha concluso dei forfait per caso (dato che tali spese sono assunte dall'AOMS). Tale regola vale anche per gli enti ospedalieri per i quali non è stato convenuto alcun forfait per caso.
4. In caso di emergenza, e fintanto che l'assicurato non è in grado di scegliere il reparto ospedaliero, l'assicuratore garantisce esclusivamente le prestazioni nel reparto comune.

Art. 6 Durata delle prestazioni

1. Le prestazioni ospedaliere sono limitate alla fase acuta della malattia. Quando la malattia non è più considerata acuta, in particolare in caso di trattamenti di affezioni stabilizzate o croniche, o quando la degenza in ospedale non serve più a migliorare lo stato di salute dell'assicurato, il diritto alle prestazioni si estingue.
2. In caso di ricovero per cure psichiatriche, il diritto alle prestazioni è limitato a 90 giorni per anno civile.
3. In caso di ricovero per riabilitazione, il diritto alle prestazioni è limitato a 90 giorni per anno civile.

Art. 7 Ospedalizzazione all'estero

1. In caso d'emergenza, se l'assicurato si ammala o è vittima di un infortunio all'estero ed è qui ricoverato, l'assicuratore versa per massimo 60 giorni per anno civile una prestazione massima di Fr. 500.- al giorno. Le partecipazioni dell'assicurato specificate nell'articolo 4.1 non sono applicabili.
2. I trattamenti volontari all'estero sono rimborsati solo previa autorizzazione dell'assicuratore.

Art. 8 Dovere dell'assicurato in caso d'ospedalizzazione

A pena di decadenza del proprio diritto alle prestazioni, l'assicurato è tenuto a informarsi se il centro ospedaliero, il reparto del centro o la clinica in cui si farà curare fa parte dei centri ospedalieri riconosciuti dall'assicuratore.

Art. 9 Diritto alle prestazioni

1. L'assicurato ha diritto alle prestazioni dall'entrata in vigore del contratto d'assicurazione, con riserva dell'articolo 4.2 lettere a e b.
2. Le prestazioni vengono imputate in funzione delle date di cura sugli importi e sulle durate massime delle prestazioni per anno civile. Le spese posteriori all'esaurimento dei diritti non possono essere riportate all'anno successivo.
3. L'assicurazione disciplinata dalle presenti disposizioni non può in alcun caso servire alla copertura di aliquote e franchigie legali relative all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e alle altre assicurazioni complementari.

Art. 10 Erogazione delle prestazioni

1. Per ottenere la corresponsione delle prestazioni dell'assicurazione H-Bonus, l'assicurato deve presentare la fattura del centro ospedaliero e l'onorario del medico. L'assicurato autorizza il medico di fiducia dell'assicuratore a richiedere al medico curante la diagnosi o qualsiasi altra informazione utile volta a determinare il diritto alle prestazioni.
2. Il pagamento è effettuato all'assicurato, sempre che l'assicuratore, nell'ambito di una convenzione, non versi le prestazioni direttamente all'ente ospedaliero.

Art. 11 Livello di premi (sistema di bonus)

1. Per l'anno civile dell'adesione, si applica il livello di premi 0.
2. Esistono i seguenti livelli di premi:

% del premio	Livello di premio
100	1
80	0

Art. 12 Variazione del livello dei premi

1. Se, nel corso di un periodo di riferimento, l'assicurato usufruisce di prestazioni relative a un'ospedalizzazione nel reparto semiprivato o privato di cui all'articolo 4.1, dall'anno civile successivo al periodo di riferimento il premio sarà calcolato in base al livello 1 (100% del premio) e sarà valido per tre anni. Se l'assicuratore riceve in ritardo la fattura dell'ente ospedaliero, il livello dei premi sarà rettificato successivamente.
2. Alla fine di tale periodo di tre anni, e a condizione che nessun altro caso d'ospedalizzazione nel reparto semiprivato o privato abbia comportato l'erogazione di prestazioni d'assicurazione, il premio dell'anno civile successivo è fissato in base al livello 0 (80% del premio).
3. Ogni nuovo caso d'ospedalizzazione nel reparto semiprivato o privato che dà diritto all'erogazione di prestazioni d'assicurazione fa ricominciare il termine di tre anni all'inizio dell'anno civile successivo al periodo di riferimento.
4. Il periodo di riferimento iniziale preso in considerazione per determinare la variazione del livello di premi inizia alla data d'entrata in vigore confermata nella polizza d'assicurazione e finisce il 30 giugno successivo.
5. I periodi di riferimento successivi sono di dodici mesi e vanno dal 1° luglio al 30 giugno.
6. Il primo giorno d'ospedalizzazione è determinante per l'attribuzione del periodo di riferimento.
7. In caso di molteplici fatture per uno stesso caso d'ospedalizzazione, è presa in considerazione soltanto la data del primo giorno d'ospedalizzazione.

Art. 13 Premi

1. L'assicurato che, durante l'anno, raggiunge l'età massima della sua classe d'età viene automaticamente trasferito, all'inizio dell'anno civile successivo, nella classe d'età superiore. Le classi d'età determinanti sono:
 - da 0 a 18 anni
 - da 19 a 25 anni
 - dal 26° anno e fino all'80° anno, le classi d'età sono scaglionate in gruppi di cinque anni.
2. I premi tengono conto delle classi d'età sopra indicate e dei livelli di premi.
3. Una modifica del livello di premi (secondo l'articolo 12) non è considerata come un adeguamento del premio che dà diritto alla disdetta del contratto ai sensi dell'articolo 29 delle Condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari (CGC).

Allegato A

Importi massimi rimborsati per le prestazioni d'ospedalizzazione fornite da enti ospedalieri o medici non riconosciuti dall'assicuratore (cfr. art. 5 delle presenti Condizioni particolari d'assicurazione).

Importi per notte d'ospedalizzazione				
	Cure acute		Riabilitazione e Psichiatria	
	Semiprivato	Privato	Semiprivato	Privato
Medico non riconosciuto				
Rimborso delle spese mediche	Fr. 500.-	Fr. 500.-	Fr. 0.-	Fr. 0.-
Ospedale non riconosciuto				
Rimborso delle spese ospedaliere	Fr. 300.-	Fr. 500.-	Fr. 100.-	Fr. 150.-
Ospedale e Medico non riconosciuti				
Rimborso totale	Fr. 800.-	Fr. 1000.-	Fr. 100.-	Fr. 150.-
– Spese mediche	– Fr. 500.-	– Fr. 500.-	– Fr. 0.-	– Fr. 0.-
– Spese ospedaliere	– Fr. 300.-	– Fr. 500.-	– Fr. 100.-	– Fr. 100.-