

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione

HC

HCGA02-I1 – edizione 01.07.2025

Indice

Art. 1	Scopo dell'assicurazione	Art. 7	Assunzione delle prestazioni in caso di maternità
Art. 2	Classi d'assicurazione	Art. 8	Estensione e durata delle prestazioni
Art. 3	Franchigie	Art. 9	Diritto alle prestazioni e limitazioni
Art. 4	Condizioni di adesione	Art. 10	Doveri dell'assicurato
Art. 5	Decorrenza del diritto alle prestazioni	Art. 11	Premi
Art. 6	Prestazioni assicurate	Art. 12	Misure di risparmio

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 fornisce agli assicurati prestazioni per cure ospedaliere stazionarie a complemento delle prestazioni delle assicurazioni sociali, in particolare dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (qui di seguito AOMS), secondo la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).
2. La presente assicurazione copre le conseguenze economiche di malattia, infortunio e maternità.

Art. 2 Classi d'assicurazione

L'assicurazione complementare d'ospedalizzazione prevede quattro classi d'assicurazione:

Classe 1

Reparto comune di un ente ospedaliero svizzero che fornisce cure acute, psichiatriche o di riabilitazione a pazienti in condizioni acute.

Classe 2

Reparto semiprivato di un ente ospedaliero svizzero (camera a due letti) per cure acute, psichiatriche o di riabilitazione per pazienti in condizioni acute.

Classe 3

Reparto privato di un ente ospedaliero svizzero (camera singola) per cure acute, psichiatriche o di riabilitazione per pazienti in condizioni acute.

Classe 4

Reparto privato di un ente ospedaliero svizzero (camera singola) per cure acute, psichiatriche o di riabilitazione per pazienti in condizioni acute.

Art. 3 Franchigie

Gli assicurati delle classi d'assicurazione 2, 3 e 4 possono scegliere tra le seguenti franchigie:

- a. CHF 1'000 per anno civile.
- b. CHF 3'000 per anno civile.

Art. 4 Condizioni di adesione

Qualsiasi persona domiciliata in Svizzera può chiedere di aderire all'assicurazione con un'entrata in vigore della copertura al massimo il giorno in cui il proponente compie 60 anni.

Art. 5 Decorrenza del diritto alle prestazioni

1. Il diritto alle prestazioni dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione decorre dalla data di entrata in vigore confermata nella polizza d'assicurazione.
2. Per le prestazioni di maternità è previsto un termine d'attesa ai sensi dell'articolo 7 delle presenti condizioni d'assicurazione.

Art. 6 Prestazioni assicurate

1. Generalità

In caso d'ospedalizzazione, l'assicuratore assume, in base alla classe d'assicurazione scelta, i costi di cura e i costi alberghieri efficaci, appropriati ed economici.

2. Ospedalizzazione in un altro reparto in Svizzera

Se un assicurato della classe 1 o 2 è ricoverato in un reparto superiore alla sua classe d'assicurazione, gli vengono concesse le seguenti prestazioni massime:

Classe 1: CHF 100 al giorno per le spese alberghiere e CHF 5'000 per anno civile per le spese di cura.

Classe 2: l'80% delle spese alberghiere e delle spese di cura.

3. Ospedalizzazione all'estero

Se l'assicurato si ammala o è vittima di un infortunio all'estero ed è ospedalizzato, l'assicuratore eroga, per un massimo di 60 giorni per anno civile e conformemente con la classe d'assicurazione scelta, le seguenti prestazioni:

- a. Classe 1: massimo CHF 500 al giorno.
- b. Classe 2: massimo CHF 1'000 al giorno.
- c. Classe 3: massimo CHF 1'500 al giorno.
- d. Classe 4: massimo CHF 3'000 al giorno.

Salvo previa autorizzazione dell'assicuratore, i trattamenti volontari all'estero non sono assunti.

Art. 7 Assunzione delle prestazioni in caso di maternità

1. Le prestazioni dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione in caso di gravidanza e di parto sono erogate solo dopo una durata di copertura di 12 mesi.
2. In caso di interruzione della gravidanza ai sensi della legge e per qualsiasi altra prestazione concernente la maternità, si applica il termine di attesa previsto nel capoverso 1.
3. In caso di parto ambulatoriale o domiciliare, l'assicurata della classe 2 riceve un'indennità di CHF 800 e quella della classe 3 o 4 un'indennità di CHF 1'200, con riserva del capoverso 1.
4. Quando un'assicurata soggiorna in un reparto di un ente ospedaliero corrispondente alla propria copertura d'assicurazione, l'assicuratore assume anche i costi di degenza del neonato durante il ricovero della madre, a condizione che anche quest'ultimo sia assicurato presso l'assicuratore. Le spese personali non sono coperte. Il capoverso 1 rimane riservato.

Art. 8 Estensione e durata delle prestazioni

Le prestazioni dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione sono assunte alle seguenti condizioni.

- a. 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.
- b. 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 stazionaria effettivamente fatturate, ma non superiori agli importi che figurano nell'allegato A, per notte d'ospedalizzazione.
- c. 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 degli elenchi non fa scaturire alcun diritto di disdetta per il contraente.
- d. L'articolo 6 capoverso 2 non si applica alle prestazioni di un ente o di un medico non riconosciuto.
- e. Nell'ambito della presente assicurazione non è prevista alcuna copertura assicurativa in caso di trapianto di organi per i quali la Federazione svizzera per i compiti comunitari degli assicuratori malattia di Soletta (SVK) ha convenuto un forfait per ogni caso. Questa regola vale anche per i centri ospedalieri con i quali non è stato convenuto alcun forfait.
- f. In tutte e quattro le classi, non appena il malato non è più considerato in fase acuta, il diritto alle prestazioni decade.
- g. Dopo 60 giorni d'ospedalizzazione durante un anno civile, in un centro per cure psichiatriche, le prestazioni dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione non sono più erogate.
- h. Per gli assicurati delle classi 2, 3 e 4, dopo 90 giorni d'ospedalizzazione nel corso di un anno civile, le prestazioni dell'assicurazione complementare non sono più erogate. La

durata delle prestazioni corrisposte all'estero o in un centro per cure psichiatriche (60 giorni) è computata nei 90 giorni precitati.

Art. 9 Diritto alle prestazioni e limitazioni

1. L'erogazione delle prestazioni dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione si ottiene dietro presentazione della fattura dell'ente ospedaliero e della fattura del medico. L'assicurato autorizza il medico di fiducia dell'assicuratore a richiedere al medico la diagnosi o qualsiasi informazione utile per determinare il diritto alle prestazioni.
2. Il pagamento viene effettuato all'assicurato, a meno che l'assicuratore, nell'ambito di una convenzione, non versi le prestazioni direttamente all'ente ospedaliero.
3. Le prestazioni assicurate all'estero ai sensi dell'articolo 6 cpv. 3 delle presenti condizioni d'assicurazione corrispondono a quelle coperte in Svizzera in caso di problemi di salute simili. Tali prestazioni sono assunte se eseguite da persone o in centri titolari della formazione, del riconoscimento e dell'autorizzazione necessari da parte delle autorità sanitarie competenti del Paese in cui ha luogo il ricovero ospedaliero.
4. Per ottenere il rimborso delle prestazioni all'estero, l'assicurato è tenuto a fornire qualsiasi documento giustificativo necessario originale o in formato elettronico (fatture dettagliate, certificati medici, prescrizioni ecc.). L'assicuratore si riserva il diritto di esigere la produzione di documenti originali e di prove di pagamento.
Per le fatture provenienti dall'estero, il cambio riconosciuto è quello del corso ufficiale delle valute-franco svizzero in vigore l'ultimo giorno di cura.

Art. 10 Doveri dell'assicurato

1. Prima di qualsiasi ospedalizzazione in Svizzera, l'assicurato è tenuto ad informarsi se il centro ospedaliero, il reparto scelto o la clinica dove si farà curare fanno parte dei centri riconosciuti dall'assicuratore.
2. In caso d'ospedalizzazione d'emergenza all'estero, è necessario avvisare immediatamente la centrale d'emergenza Groupe Mutuel Assistance (numero di telefono +41 848 808 111) per l'organizzazione delle cure e il rilascio delle garanzie di pagamento necessarie.

Art. 11 Premi

1. Il premio è stabilito in base alla classe di età, all'età di ingresso nell'assicurazione, al sesso o al cantone di domicilio dell'assicurato.
2. L'assicurato che, durante l'anno, raggiunge l'età massima della propria classe d'età è automaticamente trasferito nella classe d'età superiore all'inizio dell'anno civile successivo. Le classi d'età determinanti sono le seguenti:
 - 0-18 anni;
 - 19-25 anni;
 - dai 26 anni e fino a 85anni, le classi d'età sono scaglionate in gruppi di cinque anni;
 - 86 anni e oltre.

3. Un cambiamento di classe d'età comporta in genere un adeguamento automatico del premio.

Art. 12 Misure di risparmio

1. Se un assicurato rinuncia di sua spontanea volontà o su proposta dell'assicuratore a un'ospedalizzazione nel reparto semiprivato o privato in favore del reparto comune, l'assicuratore può erogare un'indennità pari fino al 50% dei costi risparmiati e da lui stimati, ma al massimo CHF 5'000 per ogni ospedalizzazione.
2. In caso di parto ambulatoriale o domiciliare, si applica esclusivamente la norma di cui all'articolo 7 capoverso 3.

Allegato A

Importi massimi rimborsati per le prestazioni d'ospedalizzazione fornite dagli enti ospedalieri e dai medici non riconosciuti dall'assicuratore (art. 8 delle presenti condizioni particolari d'assicurazione).

Importo per notte d'ospedalizzazione				
	Cure acute		Riabilitazione e Psichiatria	
	Semiprivato	Privato	Semiprivato	Privato
Medico non riconosciuto				
Rimborso delle spese mediche	CHF 500	CHF 500	CHF 0	CHF 0
Ospedale non riconosciuto				
Rimborso delle spese ospedaliere	CHF 300	CHF 500	CHF 100	CHF 150
Ospedale e Medico non riconosciuti:				
Rimborso totale	CHF 800	CHF 1'000	CHF 100	CHF 150
- Spese mediche	- CHF 500	- CHF 500	- CHF 0	- CHF 0
- Spese ospedaliere	- CHF 300	- CHF 500	- CHF 100	- CHF 150