

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione

HC

HCGA01-I11 – edizione 01.01.2024

Indice

Art. 1	Scopo dell'assicurazione	Art. 7	Copertura delle prestazioni in caso di maternità
Art. 2	Classi d'assicurazione	Art. 8	Estensione e durata delle prestazioni
Art. 3	Franchigie	Art. 9	Erogazione delle prestazioni
Art. 4	Condizioni d'adesione	Art. 10	Doveri dell'assicurato
Art. 5	Decorrenza del diritto alle prestazioni	Art. 11	Premio
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.

1. Scopo dell'assicurazione

La presente assicurazione copre le conseguenze economiche della malattia, dell'infortunio e della maternità.

2. Classi d'assicurazione

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

Classe 1

Reparto comune di un ente ospedaliero svizzero in cure generali o psichiatriche, per i malati di tipo acuto.

Classe 2

Reparto semiprivato di un ente ospedaliero svizzero (camera con due letti) in cure generali o psichiatriche, per i malati di tipo acuto.

Classe 3

Reparto privato di un ente ospedaliero svizzero (camera con un letto) in cure generali o psichiatriche, per i malati di tipo acuto.

Classe 4

Reparto privato di un ente ospedaliero in tutto il mondo (camera con un letto) in cure generali o psichiatriche, per i malati di tipo acuto.

3. Franchigie

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

- Fr. 1'000.– per anno civile
- Fr. 3'000.– per anno civile

4. Condizioni d'adesione

Qualsiasi persona può aderire all'assicurazione complementare d'ospedalizzazione fino al giorno in cui compie 60 anni.

5. Decorrenza del diritto alle prestazioni

- Il diritto alle prestazioni dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione nasce a decorrere dalla data d'entrata in vigore confermata nella polizza d'assicurazione.
- Per le prestazioni di maternità è previsto un termine di attesa conformemente all'articolo 7 delle presenti condizioni d'assicurazione.

6. Prestazioni assicurate

1. In generale

In caso d'ospedalizzazione, l'assicuratore assume le spese di cura e le spese alberghiere conformemente alla classe d'assicurazione scelta. Le prestazioni di questa categoria d'assicurazione sono erogate in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

2. Ospedalizzazione in un altro reparto

Se un assicurato della classe 1 o 2 è ospedalizzato in un reparto superiore alla sua classe d'assicurazione, sono corrisposte al massimo le seguenti prestazioni:

- Classe 1: Fr. 100.– al giorno per spese alberghiere e Fr. 5'000.– per anno civile per spese di cura;
Classe 2: 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 quivi ospedalizzato, l'assicuratore corrisponde, nei limiti del gruppo di prestazioni scelto e al massimo per 60 giorni per anno civile, le seguenti prestazioni:

- Classe 1: massimo Fr. 500.– al giorno;
- Classe 2: massimo Fr. 1'000.– al giorno;
- Classe 3: massimo Fr. 1'500.– al giorno;
- Classe 4: massimo Fr. 3'000.– al giorno.

Salvo accordo preventivo dell'assicuratore, i trattamenti volontari all'estero non sono assunti.

7. Copertura delle prestazioni in caso di maternità

1. Le prestazioni dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione in caso di maternità e di parto sono erogate dopo una durata di copertura di 12 mesi.
2. In caso d'interruzione di gravidanza ai sensi della legge e per qualsiasi altra prestazione in relazione con la maternità, si applica il termine di attesa previsto nel capoverso 1.
3. Per un parto che comporti una degenza ospedaliera inferiore a sei giorni nei reparti semiprivati o privati, l'assicuratore versa alle assicurate delle classi 2, 3 e 4 un importo di Fr. 200.– per giorno d'ospedalizzazione evitato. L'importo di cui sopra non viene versato in caso di degenze ospedaliere alle quali è applicata una fatturazione forfettaria globale. È riservato il capoverso 1.
4. In caso di parto ambulatoriale o a domicilio, l'assicurata della classe 2 riceve un importo di Fr. 800.– e quella delle classi 3 e 4 un importo Fr. 1'200.– con riserva del capoverso 1.
5. Se l'assicurata è degente nel reparto di un ente ospedaliero corrispondente alla sua copertura d'assicurazione, l'assicuratore assume anche le spese di degenza del neonato durante l'ospedalizzazione della madre, purché anche quest'ultimo sia assicurato presso l'assicuratore. Le spese personali non sono coperte. È riservato il capoverso 1.

8. Estensione e durata delle prestazioni

Le prestazioni dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione sono assunte con riserva delle seguenti disposizioni:

- 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 con degenza effettivamente fatturate, ma al massimo gli 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 dell'elenco non fa scaturire alcun diritto di disdetta per il contraente.
L'articolo 6 capoverso 2, non si applica nel caso di prestazioni fornite da un ente o da un medico non riconosciuto.
- d. 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. Questa regola vale anche per gli enti ospedalieri per i quali non è stato convenuto alcun forfait.
- e. Per le quattro classi, quando la malattia non è più considerata di tipo acuto, il diritto alle prestazioni si estingue.

- f. Dopo 60 giorni d'ospedalizzazione, nel corso di un anno civile, in un centro per cure psichiatriche, le prestazioni dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione non sono più erogate.
- g. 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 fornite all'estero o in un centro per cure psichiatriche (60 giorni) è computata nei 90 giorni precitati.

9. Erogazione delle prestazioni

1. Per ottenere il pagamento delle prestazioni dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione, l'assicurato deve presentare la fattura del centro ospedaliero e l'onorario del medico. L'assicurato autorizza il medico di fiducia dell'assicuratore a chiedere al medico curante la diagnosi od ogni altra utile informazione atta a determinare il diritto alle prestazioni.
2. Il pagamento è fatto all'assicurato, sempre che l'assicuratore, nell'ambito di una convenzione, non versi le prestazioni direttamente al centro ospedaliero.

10. Doveri dell'assicurato

Prima di ogni ospedalizzazione, l'assicurato è tenuto ad informarsi se l'ente ospedaliero, il reparto o la clinica presso cui si farà curare, fanno parte dei centri riconosciuti dall'assicuratore.

11. Premio

1. L'assicurato che, durante l'anno, raggiunge l'età massima della sua 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:
 - bambini: 0-18 anni;
 - adulti: 19-25 anni;
 - da 26 anni e fino a 71 anni, le classi d'età sono scaglionate in gruppi di cinque anni.
2. Il tariffario dei premi tiene conto dell'età d'entrata nell'assicurazione.

12. Misure di risparmio

1. Quando un assicurato rinuncia di sua spontanea volontà o su proposta dell'assicuratore ad una degenza nel reparto semiprivato o privato per il reparto comune o comfort, l'assicuratore può versare un'indennità fino al 50% delle spese risparmiate e stimate dall'assicuratore, ma al massimo Fr. 5'000.– per ospedalizzazione.
2. In caso di parto ambulatoriale o a domicilio, sono applicabili solo le disposizioni dell'articolo 7 capoverso 4.

Allegato A

Importi massimi rimborsati per le prestazioni d'ospedalizzazione fornite da enti ospedalieri o medici non riconosciuti dall'assicuratore (cfr. art. 8 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.-