

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

HB

HBGA01-I3 – edizione 01.01.2014

Indice

Art. 1	Scopo dell'assicurazione	Art. 8	Dovere dell'assicurato in caso d'ospedalizzazione
Art. 2	Condizioni d'affiliazione	Art. 9	Diritto alle prestazioni
Art. 3	Rischi coperti	Art. 10	Pagamento delle prestazioni
Art. 4	Prestazioni assicurate	Art. 11	Livello di premi (sistema di bonus)
Art. 5	Portata 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 regolate 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 di degenza 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 erogate in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal (qui di seguito AOCMS).
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'affiliazione

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 (ricovero superiore a 24 ore), per degenze 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 e assume le seguenti partecipazioni.

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, il giorno d'ammissione e il giorno di dimissione sono considerati come giorni interi, se fatturati dal centro 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 erogate 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, è applicabile il termine di carenza 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 Portata delle prestazioni

1. Per usufruire delle prestazioni dell'assicurazione H-Bonus, i centri ospedalieri devono essere riconosciuti ai sensi della legge sull'assicurazione malattie LAMal (ospedali catalogati) o aver firmato una convenzione tariffaria con il Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA per i reparti corrispondenti.
2. L'assicuratore assume esclusivamente i costi delle cure riconosciute dalla LAMal, le spese di degenza in ospedale e gli onorari dei medici, in base alla convenzione firmata con l'assicuratore o alla regolamentazione tariffaria cantonale.
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'AOCMS).
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 60 giorni per anno civile una prestazione massima di Fr. 500.– al giorno. Le partecipazioni dell'assicurato specificate all'articolo 4.1 non sono applicabili.
2. I trattamenti volontari all'estero sono rimborsati solo previa autorizzazione dell'assicuratore.

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

Per non perdere il proprio diritto alle prestazioni, l'assicurato è tenuto ad informarsi se il centro ospedaliero, il reparto del centro o la clinica in cui sarà ricoverato fanno 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 sull'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 e alle altre assicurazioni complementari.

Art. 10 Pagamento delle prestazioni

1. Per ottenere il pagamento 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 atta 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 al centro ospedaliero.

Art. 11 Livello di premi (sistema di bonus)

1. Per l'anno civile dell'affiliazione, 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 del centro 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 fascia d'età viene automaticamente trasferito, all'inizio dell'anno civile successivo, alla fascia d'età superiore. Le fasce d'età determinanti sono:
 - da 0 a 18 anni
 - da 19 a 25 anni
 - dal 26° anno e fino all'80° anno, le fasce d'età sono scaglionate in gruppi di cinque anni.
2. I premi tengono conto delle fasce 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).