

Condizioni particolari dell'assicurazione combinata d'ospedalizzazione

Categoria HC

HCGAJU301 – Edizione 01.01.2008

Indice

Art. 1	Scopo dell'assicurazione	Art. 8	Prestazioni e durata delle prestazioni
Art. 2	Classi d'assicurazione	Art. 9	Pagamento delle prestazioni
Art. 3	Franchigie	Art. 10	Doveri dell'assicurato
Art. 4	Condizioni d'affiliazione	Art. 11	Premio
Art. 5	Inizio del diritto alle prestazioni	Art. 12	Partecipazione ai costi
Art. 6	Prestazioni assicurate	Art. 13	Misure di risparmio
Art. 7	Maternità		

Art. 1 Scopo dell'assicurazione

Quest'assicurazione copre le conseguenze economiche della malattia, dell'infortunio e della maternità. Il rischio maternità può essere escluso dalla copertura assicurativa.

Art. 2 Classi d'assicurazione

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

Classe 1:

divisione comune di uno stabilimento ospedaliero svizzero in cure generali o psichiatriche, per i malati di tipo acuto.

Classe 2:

divisione semi-privata di uno stabilimento ospedaliero svizzero (camera con più di un letto) in cure generali o psichiatriche, per i malati di tipo acuto.

Classe 3:

divisione privata di uno stabilimento ospedaliero svizzero (camera con un letto) in cure generali o psichiatriche, per i malati di tipo acuto.

Classe 4:

divisione privata di uno stabilimento ospedaliero nel mondo intero (camera con un letto) in cure generali o psichiatriche, per i malati di tipo acuto.

Art. 3 Franchigie

Gli assicurati delle classi d'assicurazione 2, 3 e 4 hanno la possibilità di scegliere le seguenti franchigie:

- Fr. 1'000.– per anno civile;
- Fr. 2'000.– per anno civile;
- Fr. 3'000.– per anno civile;
- Fr. 5'000.– per anno civile.

Art. 4 Condizioni d'affiliazione

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

Art. 5 Inizio del diritto alle prestazioni

- Il diritto alle prestazioni dell'assicurazione combinata d'ospedalizzazione ha inizio con l'entrata in vigore della citata assicurazione.
- Per le prestazioni di maternità è previsto un termine d'attesa, conformemente all'articolo 7 delle presenti condizioni d'assicurazione.

Art. 6 Prestazioni assicurate

- In generale
In caso d'ospedalizzazione, l'assicuratore prende a carico le spese di trattamento e la diaria giornaliera conformemente alla classe d'assicurazione scelta. Le prestazioni concesse da questa categoria d'assicurazione sono in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure.
- Ospedalizzazione in un'altra divisione
Se un assicurato della classe 1 o 2 è degente in una divisione superiore alla sua classe d'assicurazione, sono versate al massimo le seguenti prestazioni:
Classe 1:
Fr. 50.– al giorno per diaria giornaliera e Fr. 2'500.– per anno civile per spese di trattamento;
Classe 2:
80% della diaria giornaliera e delle spese di trattamento.
- Ospedalizzazione all'estero
Se l'assicurato si ammala o è vittima di un infortunio all'estero ed è quindi ospedalizzato, l'assicuratore gli versa, nei limiti del gruppo di prestazioni scelto e al

massimo durante 60 giorni per anno civile, le seguenti prestazioni:

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

A meno che non ci sia una previa autorizzazione dell'assicuratore, i trattamenti volontari all'estero non sono presi a carico.

Art. 7 Maternità

1. Le prestazioni dell'assicurazione combinata d'ospedalizzazione in caso di maternità e di parto sono versate dopo un'affiliazione di 12 mesi.
2. In caso d'interruzione di gravidanza ai sensi della legge e per qualsiasi altra prestazione in relazione con la maternità, è applicabile il termine d'attesa previsto al capoverso 1.
3. Per un parto che comporti una degenza ospedaliera inferiore a 6 giorni nelle divisioni semi-private o private, 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 a domicilio, l'assicurata della classe 2 riceve un importo di Fr. 800.–, e quella delle classi 3 e 4 Fr. 1'200.–, con riserva del capoverso 1.
5. Se l'assicurata è degente nella divisione di un centro ospedaliero corrispondente alla sua copertura d'assicurazione, l'assicuratore prende a carico anche le spese di degenza del neonato durante l'ospedalizzazione della madre, purché quest'ultimo sia anche assicurato presso l'assicuratore. Le spese personali non sono coperte. È riservato il capoverso 1.

Art. 8 Prestazioni e durata delle prestazioni

Le prestazioni dell'assicurazione combinata d'ospedalizzazione sono prese a carico con riserva delle seguenti disposizioni.

- a. L'assicuratore prende a carico le spese dei trattamenti riconosciuti dalla LAMal, le diarie ospedaliere e gli onorari dei medici, secondo la convenzione o la regolamentazione cantonale in materia di tariffe.
- b. L'assicuratore si riserva il diritto di limitare il diritto alle prestazioni quando le tariffe praticate, sia nel campo ospedaliero, che in quello medico, sono esagerate. In particolare sono considerate esagerate le diarie e gli onorari medici superiori del doppio alle tariffe cantonali convenzionali vigenti nell'assicurazione obbligatoria delle cure.
- c. Qualora non sia stata conclusa alcuna convenzione nel settore degli onorari medici, è riconosciuta come

tariffa quella del catalogo delle prestazioni ospedaliere applicata all'assicurazione obbligatoria delle cure, maggiorata al massimo del 50% per la divisione semi-privata e al massimo del 100% per la divisione privata.

- d. Se per distinguere le divisioni ospedaliere, un ospedale non pratica, o pratica altri criteri di distinzione di quelli menzionati dall'articolo 2 o nessuna convenzione è stata stipulata con l'assicuratore, questi riconosce la divisione privata. Solo gli assicurati delle classi 3 e 4 possono pretendere la presa a carico delle prestazioni.
- e. L'assicuratore può limitare o negare il versamento delle prestazioni dell'assicurazione combinata d'ospedalizzazione in determinati centri o divisioni di centri ospedalieri o cliniche che non rispettano le norme previste alle lettere a) e b) del presente articolo. Una lista è a disposizione degli assicurati.
- f. In caso di trapianti d'organi, l'assicuratore prende a carico le tariffe forfettarie fissate dalla Federazione svizzera per i compiti comuni delle casse malati di Soletta (SVK). Questa regola è applicata anche per le cliniche per le quali non è stata prevista alcuna tariffa forfettaria.
- g. Per le quattro classi quando la malattia non è più considerata di tipo acuto, il diritto alle prestazioni si estingue.
- h. Dopo 60 giorni d'ospedalizzazione, nel corso di un anno civile, in un centro per cure psichiatriche, le prestazioni dell'assicurazione combinata d'ospedalizzazione non sono più versate. Trascorso questo termine e in caso di carenza dell'assicurazione obbligatoria delle cure, l'assicurato ha diritto all'equivalente delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure.
- i. Per gli assicurati delle classi 2, 3 e 4, dopo 90 giorni d'ospedalizzazione nel corso di un anno civile, le prestazioni dell'assicurazione combinata non sono più versate. Trascorso questo termine e in caso di carenza dell'assicurazione obbligatoria delle cure, l'assicurato ha diritto all'equivalente delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure. La durata delle prestazioni dispensate all'estero o in un istituto per cure psichiatriche (60 giorni) è computata nei 90 giorni precitati.

Art. 9 Pagamento delle prestazioni

1. Per ottenere il pagamento delle prestazioni dell'assicurazione combinata d'ospedalizzazione, l'assicurato deve presentare la fattura dello stabilimento 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, sempreché l'assicuratore, nell'ambito di una convenzione, non versi le prestazioni direttamente allo stabilimento ospedaliero.

Art. 10 Doveri dell'assicurato

Prima di ogni ospedalizzazione, l'assicurato è tenuto ad informarsi per sapere se il centro ospedaliero, la divisione o la clinica presso cui si farà curare, non fanno parte degli stabilimenti esclusi dall'assicuratore.

Art. 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 seguente. Le classi d'età determinanti sono le seguenti:
minorenni: 0-18 anni;
giovani adulti: 19-25 anni;
dal 26° anno, le classi d'età sono scaglionate in gruppi di 5 anni.
2. Il tariffario dei premi tiene conto dell'età di affiliazione alla categoria d'assicurazione.

Art. 12 Partecipazione ai costi

1. Per ogni ospedalizzazione in divisione semi-privata o privata non soggetta a prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure, una partecipazione ai costi è dovuta per le prestazioni versate da questa categoria d'assicurazione in ragione di:
 - Fr. 20.– al giorno per la classe 2;
 - Fr. 30.– al giorno per le classi 3 e 4.
2. Gli assicurati che hanno una franchigia in caso d'ospedalizzazione non sono soggetti alla regola del capoverso 1 del presente articolo.

Art. 13 Misure di risparmio

1. Quando un assicurato rinuncia di sua spontanea volontà o su proposta dell'assicuratore, ad una degenza in divisione semi-privata o privata, 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 a domicilio, sono applicabili solo le disposizioni dell'articolo 7 capoverso 4.