

## Condizioni particolari dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione

**HC**

HCGA01-I8 – edizione 01.01.2014

### Indice

<b>Art. 1</b>	Scopo dell'assicurazione	<b>Art. 7</b>	Copertura delle prestazioni in caso di maternità
<b>Art. 2</b>	Classi d'assicurazione	<b>Art. 8</b>	Prestazioni e durata delle prestazioni
<b>Art. 3</b>	Franchigie	<b>Art. 9</b>	Pagamento delle prestazioni
<b>Art. 4</b>	Condizioni d'affiliazione	<b>Art. 10</b>	Doveri dell'assicurato
<b>Art. 5</b>	Decorrenza del diritto alle prestazioni	<b>Art. 11</b>	Premio
<b>Art. 6</b>	Prestazioni assicurate	<b>Art. 12</b>	Misure di risparmio

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

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

### Art. 2 Classi d'assicurazione

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

#### Classe 1

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

#### Classe 2

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

#### Classe 3

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

#### Classe 4

reparto privato di un centro ospedaliero in tutto il mondo (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. 3'000.– per anno civile

### Art. 4 Condizioni d'affiliazione

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

### Art. 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 carenza conformemente all'articolo 7 delle presenti condizioni d'assicurazione.

### Art. 6 Prestazioni assicurate

#### 1. In generale

In caso d'ospedalizzazione, l'assicuratore assume le spese di trattamento e la diaria ospedaliera conformemente alla classe d'assicurazione scelta. Le prestazioni di questa categoria d'assicurazione sono erogate in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure.

#### 2. Ospedalizzazione in un altro reparto

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

Classe 1: Fr. 100.– al giorno come diaria ospedaliera e Fr. 5'000.– per anno civile per spese di trattamento;

Classe 2: 80% della diaria ospedaliera e delle spese di trattamento.

#### 3. Ospedalizzazione all'estero

Se l'assicurato si ammala o è vittima di un infortunio all'estero ed è quivi ospedalizzato, l'assicuratore gli versa, nei limiti del gruppo di prestazioni scelto e al massimo durante 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.

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

## **Art. 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, è applicabile il termine di carenza previsto al 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 Fr. 1'200.– con riserva del capoverso 1.
5. Se l'assicurata è degente nel reparto di un centro ospedaliero corrispondente alla sua copertura d'assicurazione, l'assicuratore assume 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 complementare d'ospedalizzazione sono assunte con riserva delle seguenti disposizioni.

- a. L'assicuratore assume i costi dei trattamenti riconosciuti dalla LAMal, le diarie ospedaliere e gli onorari dei medici, secondo la convenzione o la regolamentazione cantonale in materia di tariffe o qualsiasi altra convenzione accordata dall'assicuratore.
- b. Se un assicurato è degente in un centro ospedaliero con il quale l'assicuratore non ha stipulato un accordo tariffario nel campo delle spese di vitto e alloggio e delle spese di trattamento (onorari medici compresi), gli saranno concesse, nel limite del gruppo di prestazioni scelto, le seguenti prestazioni massime:
  - Classe 1: Fr. 200.– al giorno
  - Classe 2: Fr. 400.– al giorno
  - Classe 3 o 4: Fr. 600.– al giornoL'articolo 6 cpv. 2 non è applicabile.
- c. L'assicuratore può limitare o escludere il versamento delle prestazioni dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione in alcuni centri ospedalieri, reparti o cliniche che non rispettano le norme previste alla lettera a del presente articolo. Una lista è a disposizione degli assicurati.
- 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 pure per i centri 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 versate.
- 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 versate. 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 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.

## **Art. 10 Doveri dell'assicurato**

Prima di ogni ospedalizzazione, l'assicurato è tenuto ad informarsi se il centro ospedaliero, il reparto o la clinica presso cui si farà curare, fanno parte dei centri riconosciuti 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;
  - 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 d'entrata nell'assicurazione.

## **Art. 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.