

Condizioni particolari dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione

HC

HCAM01-I7 – edizione 01.01.2014

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	Decorrenza del diritto alle prestazioni	Art. 12	Partecipazione ai costi
Art. 6	Prestazioni assicurate	Art. 13	Misure di risparmio
Art. 7	Maternità		

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

Art. 4 Condizioni d'affiliazione

Chiunque può sottoscrivere l'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 a quelle dell'assicurazione obbligatoria delle cure.

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 versate al massimo le seguenti prestazioni:

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

Classe 2: l'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 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.

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

Art. 7 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 carenza previsto al capoverso 1.
3. Per un parto che comporti una degenza ospedaliera inferiore a sei giorni nel reparto semiprivato o privato, 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 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 erogate 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.
- b. L'assicuratore si riserva il diritto di limitare il diritto alle prestazioni se le tariffe applicate, 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 il reparto semiprivato e al massimo del 100% per il reparto privato.
- d. Se per distinguere i reparti ospedalieri, un ospedale non pratica, o pratica altri criteri di distinzione di quelli specificati all'articolo 2 o se nessuna convenzione è stata stipulata con l'assicuratore, questi riconosce il reparto privato. Solo gli assicurati delle classi 3 e 4 possono pretendere l'assunzione delle prestazioni.

- e. L'assicuratore può limitare o negare il versamento delle prestazioni dell'assicurazione complementare d'ospedalizzazione in determinati centri o reparti 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 assume le tariffe forfettarie fissate dalla Federazione svizzera per i compiti comuni delle casse malati di Soletta (SVK). Questa regola si applica 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 complementare 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 complementare 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 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 informazione utili atta a determinare il diritto alle prestazioni.
2. Il pagamento è fatto all'assicurato, a meno 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 ospedalieri 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 successivo. 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 nel reparto semiprivato o privato non soggetta a prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure, è dovuta una partecipazione ai costi per le prestazioni erogate da questa categoria d'assicurazione:
 - 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 nel reparto semiprivato o privato, 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, si applicano solo le disposizioni dell'articolo 7 capoverso 4.