



## Assicurazione ospedaliera PE

Condizioni complementari d'assicurazione (CCA)

	Art.	
<b>I. In generale</b>		<b>I. In generale</b>
Oggetto dell'assicurazione	1	<b>1 Oggetto dell'assicurazione</b>
Possibilità d'assicurazione	2	1.1 L'assicurazione ospedaliera PE vale quale assicurazione complementare all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo le Condizioni generali d'assicurazione per le assicurazioni complementari per spese di guarigione (CGA).
Conclusione prenatale d'assicurazione	3	1.2 L'assicurazione ospedaliera PE assume le spese di una degenza in ospedale. Vengono inoltre versate prestazioni per cure balneari e di convalescenza, nonché per aiuto domiciliare.
Definizioni	4	1.3 Per gli assicurati che hanno concluso una forma particolare d'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo l'art. 62 LAMal (p.es. HMO, modello del medico di famiglia) valgono le relative Condizioni particolari d'assicurazione (CPA).
Disposizioni applicabili	5	<b>2 Possibilità d'assicurazione</b>
<b>II. Prestazioni</b>		2.1 Possono essere scelte le seguenti possibilità d'assicurazione: PE1: reparto privato PE2: reparto semiprivato PE3: reparto comune in tutta la Svizzera
Necessità di degenza in un ospedale per malattie acute	6	2.2 abrogato.
Entità delle prestazioni	7	2.3 Queste possibilità d'assicurazione possono essere concluse nelle seguenti varianti: - senza copertura infortunio - con copertura infortunio - senza franchigia - con franchigia opzionale (PE1 e PE2) - con libera scelta dell'ospedale secondo LAMal - con scelta limitata dell'ospedale - con scelta estesa dell'ospedale
Durata delle prestazioni	8	
Prestazioni in caso di sottoassicurazione	9	
Cure balneari	10	
Cure di convalescenza	11	
Obbligo di notifica	12	
Aiuto domiciliare	13	
Seconda opinione	14	
Prestazioni all'estero PE1	15	
Versamento delle prestazioni	16	
Esclusione di prestazioni	17	
<b>III. Varianti dell'assicurazione ospedaliera PE</b>		
Franchigia opzionale	18	
Scelta limitata dell'ospedale	19	
Scelta estesa dell'ospedale	20	
<b>IV. Disposizione transitoria</b>		
Sconto premi	21	
		<b>3 Conclusione prenatale d'assicurazione</b>
		Se la proposta d'assicurazione viene inoltrata prima della nascita, il bambino verrà ammesso alla PE3 senza riserva. Una conclusione prenatale d'assicurazione per la PE1 e la PE2 non è possibile.
		<b>4 Definizioni</b>
		4.1 Sono considerati ospedali gli stabilimenti di cura o i loro reparti che sottostanno a direzione e controllo medico e che sono adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o di postumi d'infortunio o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione e figurano sull'elenco ospedaliero del

Cantone (art. 39 cpv. 1 lett. e LAMal). Essi devono garantire una sufficiente assistenza medica, disporre del necessario personale specializzato e di appropriate installazioni mediche, nonché garantire una fornitura adeguata di medicinali. Sono considerati ospedali in questo senso anche le cliniche psichiatriche.

4.2 Non valgono quali stabilimenti ospedalieri le case di cura, le case per anziani, le case per anziani medicalizzate, le case di cura per malati cronici, gli ospizi per pazienti terminali, nonché altri stabilimenti che non sono adetti alla cura di malattie acute.

4.3 È considerato reparto privato una camera a un letto o eccezionalmente a due letti con tariffa riconosciuta dall'assicuratore.

4.4 È considerato reparto semiprivato una camera a due letti o eccezionalmente con più di due letti con tariffa riconosciuta dall'assicuratore.

4.5 È considerato reparto comune una camera a più letti con tariffa riconosciuta dall'assicuratore.

4.6 Se un ospedale non conosce criteri di suddivisione dei reparti ospedalieri o se ne riconosce altri di quelli succitati, o se le tariffe di un reparto non vengono riconosciute dall'assicuratore, allora si tratta di un reparto privato. L'assicuratore può stabilire delle tariffe massime valide quale criterio per l'assegnazione al reparto ospedaliero assicurato. L'assicuratore possiede un elenco degli ospedali che non hanno un reparto privato, semiprivato o comune ai sensi di queste disposizioni. Questo elenco viene aggiornato continuamente e può essere consultato presso l'assicuratore o ne può essere richiesto un estratto.

## 5 Disposizioni applicabili

Per tutte le questioni non esplicitamente regolate in queste Condizioni complementari d'assicurazione valgono le disposizioni legali come pure le Condizioni generali d'assicurazione per le assicurazioni complementari per spese di guarigione (CGA).

## II. Prestazioni

### 6 Necessità di degenza in un ospedale per malattie acute

Le prestazioni ospedaliere vengono accordate:

6.1 se, considerando la diagnosi e la totalità del trattamento medico, esiste una necessità di degenza in un ospedale per malattie acute;

6.2 per quell'ospedale per malattie acute risp. per quel reparto ospedaliero idoneo dal punto di vista medico per il trattamento dell'assicurato.

### 7 Entità delle prestazioni

7.1 Qualora e fintanto che le premesse per l'accordo di prestazioni sono adempite, le prestazioni comprendono tutti i costi di degenza ed i costi del trattamento scientificamente riconosciuto dell'ospedale per

malattie acute, nonché i costi per il trattamento da parte dei medici, conformemente all'assicurazione convenuta (reparto comune, semiprivato o privato), secondo la tariffa riconosciuta dall'assicuratore.

7.2 Se con un intervento ambulatoriale meno costoso può essere evitata una degenza in un ospedale per malattie acute e se tra l'istituzione dove viene effettuato l'intervento ambulatoriale e l'assicuratore esiste un contratto, i costi dell'intervento vengono assunti secondo le tariffe contrattuali dall'assicurazione ospedaliera PE. Per i costi che superano le prestazioni legali obbligatorie, non viene richiesta partecipazione ai costi.

## 8 Durata delle prestazioni

8.1 In caso di degenza ospedaliera in un ospedale per malattie acute le prestazioni assicurate vengono accordate per un periodo illimitato, finché la necessità di degenza in un ospedale per malattie acute sussiste.

8.2 In caso di degenza ospedaliera in una clinica psichiatrica o in un reparto psichiatrico di un altro ospedale le prestazioni assicurate vengono accordate finché una degenza nella clinica psichiatrica o nel reparto psichiatrico di un altro ospedale è necessaria dal punto di vista medico e non si tratti di un quadro clinico cronico, al massimo però durante 180 giorni nell'arco di 365 giorni consecutivi.

## 9 Prestazioni in caso di sottoassicurazione

9.1 Agli assicurati della PE2 viene rimborsato, in caso di degenza in un reparto privato, il 75% delle prestazioni della PE1, al massimo però il 75% della tariffa massima secondo l'art. 4.6.

9.2 Agli assicurati della PE3 viene rimborsato, in caso di degenza in un reparto privato, il 20% delle prestazioni della PE1, e in caso di degenza in un reparto semiprivato, il 40% delle prestazioni della PE2, al massimo però il 20% risp. il 40% della tariffa massima secondo l'art. 4.6.

9.3 Agli assicurati della PE1 viene rimborsato, in caso di degenza in un ospedale che applica tariffe per il reparto privato superiori a quelle riconosciute dall'assicuratore, tutt'al più la tariffa massima secondo l'art. 4.6.

9.4 In caso di parto in un reparto privato o semiprivato di un ospedale, risp. nel reparto comune di un ospedale situato fuori del Cantone di domicilio, le spese non coperte per il neonato sano, assicurato presso l'assicuratore a partire dalla nascita, vengono assunte dall'assicurazione ospedaliera PE della madre.

## 10 Cure balneari

10.1 Per cure balneari stazionarie prescritte dal medico ed eseguite in una stazione termale in Svizzera sottoposta a direzione medica conformemente all'art. 40 LAMal, vengono versate le seguenti prestazioni giornaliere:

- PE1: fino a CHF 70  
 PE2: fino a CHF 50  
 PE3: fino a CHF 30
- Questi contributi vengono accordati anche se la cura balneare stazionaria, prescritta dal medico, viene effettuata in uno stabilimento di cura balneare europeo posto sotto direzione medica, il quale dispone di necessario personale specializzato e di un'offerta terapeutica adeguata per il trattamento di pazienti che necessitano di cura balneare.
- 10.2 Queste prestazioni vengono accordate solo se la cura è stata preceduta da un trattamento intensivo riconosciuto scientificamente e idoneo oppure se un tale trattamento non è possibile in ambito ambulatoriale. Inoltre, all'inizio della cura deve essere fatta una visita medica e le applicazioni balneologiche/fisiologiche, scientificamente riconosciute in Svizzera, devono essere eseguite secondo un piano di cura.
- 10.3 La prestazione giornaliera assicurata viene accordata durante al massimo 21 giorni per anno civile.
- 11 Cure di convalescenza**
- 11.1 Se una cura è necessaria dal punto di vista medico per permettere una completa guarigione o per convalescenza in seguito a una grave malattia o a una grave operazione e se la stessa è prescritta dal medico, vengono versate le seguenti prestazioni giornaliere:  
 PE1: fino a CHF 70  
 PE2: fino a CHF 50  
 PE3: fino a CHF 30
- 11.2 La cura deve essere effettuata in uno stabilimento di cura in Svizzera, riconosciuto dall'assicuratore. L'assicuratore possiede un elenco degli stabilimenti da lui riconosciuti, che aggiorna continuamente. Questo elenco può essere consultato presso l'assicuratore o ne può essere richiesto un estratto.
- 11.3 La prestazione giornaliera assicurata viene accordata al massimo durante 21 giorni per anno civile.
- 12 Obbligo di notifica**
- La prescrizione medica della cura deve essere consegnata in tempo, prima dell'inizio della cura, con l'indicazione dello stabilimento di cura o balneare e della data d'inizio della cura.
- 13 Aiuto domiciliare**
- 13.1 Se l'assicurato totalmente inabile al lavoro, in base ad un attestato medico necessita di un aiuto domiciliare a causa del suo stato di salute e della sua situazione personale e familiare, vengono versate per i costi accertati e non coperti dall'assicurazione DIVERSA, le seguenti prestazioni giornaliere:  
 PE1: fino a CHF 70  
 PE2: fino a CHF 50  
 PE3: fino a CHF 30
- 13.2 Quale aiuto domiciliare è riconosciuto chi, per professione, accudisce, per conto proprio o per un'organizzazione, all'economia domestica in sostituzione dell'assicurato. Lo stesso contributo può essere concesso, se un'altra persona sostituisce l'assicurato ammalato nei lavori domestici e se i costi inerenti sono accertati.
- 13.3 La prestazione giornaliera assicurata viene accordata al massimo 30 volte per anno civile.
- 13.4 Prestazioni per aiuti domiciliari non vengono versate contemporaneamente ad altre prestazioni dell'assicurazione ospedaliera PE.
- 14 Seconda opinione**
- Prima di sottoporsi a un intervento chirurgico, gli assicurati possono rivolgersi al medico consulente dell'assicuratore per ottenere da lui o da un ulteriore medico un giudizio sulla necessità di un tale intervento. I costi di questo esame sono a carico dell'assicuratore.
- 15 Prestazioni all'estero PE1**
- 15.1 La PE1 copre, in caso di degenza pianificata o dovuta a malattia acuta e necessaria dal punto di vista medico, in un ospedale per malattie acute o in una clinica psichiatrica all'estero, le spese del trattamento scientificamente riconosciuto in Svizzera e le spese di vitto ed alloggio. Dalle PE2 e PE3 non vengono accordate prestazioni per trattamenti all'estero.
- 15.2 In caso di trattamento stazionario all'estero pianificabile, la richiesta di garanzia di assunzione dei costi deve pervenire all'assicuratore al più tardi 7 giorni prima dell'entrata in ospedale. La richiesta deve contenere la data d'entrata, il trattamento medico previsto, il fornitore di prestazioni e il reparto scelti. Se la richiesta non è giunta all'assicuratore entro tale momento, non viene accordata alcuna prestazione dalla PE1. Se al momento dell'entrata in ospedale non è pervenuta alcuna garanzia di assunzione dei costi da parte dell'assicuratore, la PE1 non assume nessuna prestazione.
- 15.3 L'assicurato deve inoltrare per l'accordo di prestazioni le indicazioni mediche necessarie e le fatture originali dettagliate in una delle lingue nazionali oppure in inglese. Se l'assicurato non può presentare fatture dettagliate, le prestazioni vengono determinate tenendo conto del tipo, della gravità e della durata della malattia risp. dei postumi d'infortunio.
- 15.4 Per i frontalieri è considerato estero, il territorio che non fa parte della Svizzera e d'un corridoio limitrofo di 20 km dalla frontiera nazionale svizzera.
- 16 Versamento delle prestazioni**
- Il versamento delle prestazioni è regolato dall'art. 33 CGA.  
 Se, contrariamente all'art. 41 cpv. 3 LAMaI, un Cantone di domicilio rifiuta di assumere i costi supplementari dovuti a una degenza ospedaliera che per

motivi d'ordine medico ha avuto luogo fuori del Cantone di domicilio, l'assicuratore calcola le sue prestazioni come se il Cantone avesse preso a carico le spese dovute alla degenza extracantonale nella misura di una degenza ospedaliera in camera comune.

### **17 Esclusione di prestazioni**

Dall'assicurazione PE non vengono versate prestazioni:

- 17.1 per cure ambulatoriali, a eccezione dell'art. 7.2;
- 17.2 per cura e degenza in ospedali per malattie acute e cliniche psichiatriche in seguito ad abuso di droghe, stupefacenti, alcool o medicinali nonché in caso di malattia cronica;
- 17.3 per spese personali (telefono, spese postali, TV, radio ecc.);
- 17.4 per trattamenti dentari che non fanno parte delle prestazioni d'obbligo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
- 17.5 per trattamento, cura, sorveglianza e degenza in una casa di cura, in uno stabilimento per malattie croniche o in una casa per anziani;
- 17.6 per trattamento e degenza ospedaliera in caso di trapianto d'organi, per cui l'Associazione svizzera per compiti in comune delle casse malati (SVK) ha accordato un forfait per i singoli casi. Ciò vale anche per le cliniche senza forfait accordato;
- 17.7 per trattamenti in ospedali che non figurano nell'elenco degli ospedali compilato dal Cantone (art. 39 cpv. 1 lett. e LAMal). Rimane riservata l'assicurazione con scelta estesa dell'ospedale;
- 17.8 nella PE2 e nella PE3: per trattamenti all'estero;
- 17.9 nei casi indicati nell'art. 31 CGA.

## **III. Varianti dell'assicurazione ospedaliera PE**

### **18 Franchigia opzionale**

- 18.1 Dietro una rispettiva riduzione dei premi, gli assicurati della PE1 e della PE2 hanno la possibilità di assumersi le spese sorte a carico dell'assicurazione ospedaliera PE fino a una somma fissa per anno civile (franchigia). Le possibili franchigie opzionali sono:  
CHF 1'000 per anno civile  
CHF 2'000 per anno civile  
CHF 3'000 per anno civile  
CHF 5'000 per anno civile, o  
CHF 10'000 per anno civile
- 18.2 La scelta di una franchigia in un'assicurazione ospedaliera PE già esistente è possibile indipendentemente dallo stato di salute e dall'età per il primo di un mese.
- 18.3 Il passaggio da una franchigia inferiore a una superiore è possibile indipendentemente dallo stato di salute e dall'età per la fine di un anno civile.
- 18.4 Per il passaggio ad una franchigia inferiore è

necessario un nuovo procedimento d'adesione mediante proposta d'assicurazione. Tale passaggio è possibile al più presto dopo una durata assicurativa di tre anni e rispettando un termine di preavviso di tre mesi, per la fine di un anno civile.

- 18.5 Qualora l'assicurazione con franchigia opzionale non esistesse per un intero anno civile, la franchigia viene calcolata pro rata temporis.
- 18.6 Gli assicurati con franchigia opzionale devono anzitutto assumersi la franchigia scelta per ogni anno civile in caso di ricorso all'assicurazione ospedaliera PE.
- 18.7 In caso di una degenza ospedaliera di 30 giorni al massimo che si protrae oltre la fine dell'anno, la franchigia scelta viene riscossa soltanto una volta, nell'anno civile in cui inizia la degenza ospedaliera.
- 18.8 Se gli assicurati con franchigia opzionale si fanno ricoverare in un reparto comune secondo l'art. 4.5, la franchigia non viene riscossa.
- 18.9 Se gli assicurati della PE1 con franchigia opzionale si fanno ricoverare in un reparto semiprivato secondo l'art. 4.4, sarà riscossa solo la metà della franchigia.

### **19 Scelta limitata dell'ospedale**

- 19.1 Dietro una rispettiva riduzione dei premi, gli assicurati dell'assicurazione ospedaliera PE hanno la possibilità di stipulare la variante della scelta limitata dell'ospedale.
- 19.2 Nella variante della scelta limitata dell'ospedale, la copertura assicurativa si limita agli ospedali per malattie acute indicati dall'assicuratore. L'assicuratore possiede un elenco degli ospedali per malattie acute che possono essere scelti con questa variante. Tale elenco viene aggiornato continuamente e può essere consultato presso l'assicuratore o ne può essere richiesto un estratto.
- 19.3 In casi d'emergenza o se le prestazioni necessarie non vengono offerte negli ospedali per malattie acute indicati, esiste copertura completa. Rimane riservato l'art. 9.
- 19.4 Il passaggio dalla variante a scelta limitata dell'ospedale alla variante senza limitazione della scelta dell'ospedale è possibile al più presto per la fine di un anno civile dopo una durata assicurativa di tre anni, in seguito per la fine di ogni anno civile. In ogni caso bisogna rispettare un preavviso di 12 mesi. Non è necessario un nuovo procedimento d'adesione mediante proposta d'assicurazione.

### **20 Scelta estesa dell'ospedale**

- 20.1 Dietro un supplemento del premio, gli assicurati dell'assicurazione ospedaliera PE hanno la possibilità di stipulare la variante con scelta estesa dell'ospedale.
- 20.2 Con la variante scelta estesa dell'ospedale, l'assicuratore accorda prestazioni anche per ospedalizzazioni negli ospedali che non figurano nell'elenco

compilato dal Cantone (art. 39 cpv. 1 lett. e LAMal).

- 20.3 Le prestazioni vengono accordate al massimo nei limiti della tariffa massima riconosciuta dall'assicuratore per il rispettivo ospedale.

#### IV. Disposizione transitoria

##### 21 **Sconto premi**

Gli assicurati che già prima del 1997 hanno concluso l'assicurazione ospedaliera PE, verranno a beneficio di uno sconto premi. L'ammontare dello sconto dipende dalla durata assicurativa dell'assicurazione esistente il 31 dicembre 1996.

**CONCORDIA**

Degna di fiducia

CONCORDIA  
Bundesplatz 15  
6002 Lucerna  
Telefono 041 228 01 11  
[www.concordia.ch](http://www.concordia.ch)  
[info@concordia.ch](mailto:info@concordia.ch)