

Assicurazione ospedaliera

Condizioni complementari d'assicurazione (CCA)

	Art.	
I. Informazioni generali		I. Informazioni generali
Oggetto dell'assicurazione	1	1 Oggetto dell'assicurazione
Varianti assicurative	2	1.1 L'Assicurazione ospedaliera è un'assicurazione complementare all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per le assicurazioni complementari per spese di guarigione.
Conclusione dell'assicurazione prima della nascita	3	1.2 L'Assicurazione ospedaliera si fa carico delle spese di una degenza in ospedale. Inoltre versa prestazioni per cure balneari e di convalescenza, aiuto domiciliare, rooming-in e per parti ambulatoriali e a domicilio.
Definizioni	4	1.3 L'Assicurazione ospedaliera è un'assicurazione contro i danni.
Disposizioni applicabili	5	1.4 Per le persone assicurate che hanno concluso una forma particolare dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo l'art. 62 LAMal (ad esempio HMO o modello del medico di famiglia) sono inoltre applicabili le Condizioni particolari d'assicurazione (CPA) corrispondenti.
II. Prestazioni		2 Varianti assicurative
Necessità di degenza in un ospedale per malattie acute	6	2.1 Possono essere scelte le seguenti varianti assicurative:
Estensione delle prestazioni	7	- Assicurazione ospedaliera PRIVATA: degenza nel reparto privato
Durata delle prestazioni	8	- Assicurazione ospedaliera SEMIPRIVATA: degenza nel reparto semiprivato
Prestazioni in caso di sottoassicurazione	9	- Assicurazione ospedaliera COMUNE: degenza nel reparto comune in tutta la Svizzera
Cure balneari	10	2.2 Queste varianti assicurative possono essere concluse con le seguenti opzioni:
Cure di convalescenza	11	- senza copertura del rischio d'infortunio
Obbligo di notifica prima della cura	12	- con copertura del rischio d'infortunio
Aiuto domiciliare	13	- senza franchigia
Rooming-in	14	- con franchigia opzionale (Assicurazione ospedaliera PRIVATA e Assicurazione ospedaliera SEMIPRIVATA)
Parto ambulatoriale e a domicilio	15	- con libera scelta dell'ospedale secondo la LAMal
Secondo parere medico	16	- con restrizione della scelta di ospedali
Prestazioni all'estero dell'Assicurazione ospedaliera PRIVATA	17	- con ampliamento della scelta di ospedali
Erogazione di prestazioni	18	
Esclusione di prestazioni	19	
III. Opzioni dell'Assicurazione ospedaliera		
Franchigia opzionale	20	
Restrizione della scelta di ospedali	21	
Ampliamento della scelta di ospedali	22	
IV. Disposizione transitoria		
Sconto sui premi	23	

3 Conclusione dell'assicurazione prima della nascita

Se la proposta d'assicurazione è presentata prima della nascita, la bimba o il bimbo sono ammessi senza riserva nell'Assicurazione ospedaliera COMUNE. Non è possibile concludere l'Assicurazione ospedaliera PRIVATA e l'Assicurazione ospedaliera SEMIPRIVATA prima della nascita.

4 Definizioni

- 4.1 Sono considerati ospedali gli stabilimenti medici che sottostanno a direzione e controllo medico e i rispettivi reparti adibiti alla cura ospedaliera di malattie acute o di postumi d'infortunio o all'attuazione ospedaliera di provvedimenti medici di riabilitazione. Devono garantire una sufficiente assistenza medica, disporre del necessario personale specializzato e di appropriate installazioni mediche, garantire una fornitura adeguata di medicinali e affiliarsi a una comunità certificata ai sensi della legge federale sulla cartella informatizzata del paziente. Sono considerati ospedali anche le cliniche psichiatriche.
- 4.2 Non sono considerati ospedali gli stabilimenti di cura, le case per anziani e le case di cura non adibiti al trattamento di pazienti che necessitano di un ricovero in un ospedale per malattie acute.
- 4.3 È considerata reparto privato una camera a un letto o eccezionalmente a due letti con tariffa riconosciuta dall'assicuratore.
- 4.4 È considerata reparto semiprivato una camera a due letti o eccezionalmente con più di due letti con tariffa riconosciuta dall'assicuratore.
- 4.5 È considerata reparto comune una camera a più letti con tariffa riconosciuta dall'assicuratore.
- 4.6 Se un ospedale non definisce alcun criterio di suddivisione dei reparti ospedalieri o applica altri criteri rispetto a quelli succitati oppure se le tariffe di un reparto non sono riconosciute dall'assicuratore, si tratta di un reparto privato.
- 4.7 Se l'assicuratore non riconosce le tariffe di un ospedale, di un reparto ospedaliero o di un ambito di prestazioni, può rifiutare interamente il rimborso oppure fissare delle tariffe massime che determinano le prestazioni massime. L'assicuratore può adeguare le tariffe massime in qualsiasi momento.
- 4.8 L'assicuratore pubblica e aggiorna costantemente un elenco degli ospedali per i quali le prestazioni sono rimborsate integralmente, in parte oppure non lo sono affatto. Le persone assicurate possono consultarlo presso l'assicuratore o richiederne un estratto.

5 Disposizioni applicabili

Per tutte le questioni non esplicitamente disciplinate nel quadro delle presenti Condizioni complementari d'assicurazione (CCA) sono applicabili le disposizioni legali e le CGA per le assicurazioni complementari per spese di guarigione.

II. Prestazioni

6 Necessità di degenza in un ospedale per malattie acute

Le prestazioni ospedaliere sono accordate:

- 6.1 se dalla valutazione complessiva della diagnosi e del trattamento medico emerge la necessità di degenza in un ospedale per malattie acute;
- 6.2 limitatamente all'ospedale o al servizio medico specializzato presso cui la persona assicurata deve soggiornare per ragioni mediche.

7 Estensione delle prestazioni

- 7.1 Se e fintantoché le condizioni per l'erogazione di prestazioni sono soddisfatte, le prestazioni assicurate comprendono l'insieme dei costi di degenza e dei costi dei trattamenti scientificamente riconosciuti dell'ospedale, nonché i costi per il trattamento a cura dei medici, conformemente alla variante assicurativa convenuta (reparto comune, semiprivato o privato) e secondo la tariffa riconosciuta dall'assicuratore.
- 7.2 Se un intervento ambulatoriale meno oneroso consente di evitare una degenza stazionaria in un ospedale per malattie acute e se tra la struttura presso la quale è effettuato l'intervento ambulatoriale e l'assicuratore esiste una convenzione, l'Assicurazione ospedaliera si fa carico dei costi dell'intervento secondo le tariffe contrattuali. Sulla parte dei costi eccedente alle prestazioni legali obbligatorie, non è applicata alcuna partecipazione ai costi.

8 Durata delle prestazioni

- 8.1 In caso di trattamento stazionario in ospedale, le prestazioni assicurate sono erogate per un periodo illimitato, fintantoché sussiste la necessità di degenza presso un ospedale per malattie acute. Sono fatti salvi i trattamenti ai sensi dell'art. 8.2 delle presenti CCA.
- 8.2 In caso di trattamento stazionario in una clinica psichiatrica o nel reparto psichiatrico di un altro ospedale, le prestazioni assicurate sono erogate fintantoché la degenza è necessaria sotto il profilo medico e in assenza di un quadro clinico cronico, al massimo però per 180 giorni sull'arco di 365 giorni consecutivi.

9 Prestazioni in caso di sottoassicurazione

- 9.1 Assicurazione ospedaliera SEMIPRIVATA: in caso di degenza nel reparto privato, i costi sono rimborsati fino a concorrenza del 75 % delle prestazioni dell'Assicurazione ospedaliera PRIVATA, al massimo fino a concorrenza del 75 % della tariffa massima prevista all'art. 4.7.
- 9.2 Assicurazione ospedaliera COMUNE: in caso di degenza nel reparto privato, i costi sono rimborsati fino a concorrenza del 20 % delle prestazioni dell'Assicurazione ospedaliera PRIVATA; in caso di degenza nel reparto semiprivato fino a concorrenza del 40 % delle prestazioni dell'Assicurazione ospedaliera SEMIPRIVATA, al massimo però fino a concorrenza del 20 %, rispettivamente del 40 %, della tariffa massima prevista all'art. 4.7.
- 9.3 Assicurazione ospedaliera PRIVATA: in caso di degenza in un ospedale che applica delle tariffe per il reparto privato superiori a quelle riconosciute dall'assicuratore, i costi rimborsati non superano la tariffa massima prevista all'art. 4.7.
- 9.4 In caso di parto in un reparto ospedaliero privato o semiprivato o nel reparto comune di un ospedale situato al di fuori del Cantone di domicilio, i costi non coperti per la neonata o il neonato in buona salute che beneficia dell'assicurazione presso l'assicuratore dalla nascita sono a carico dell'Assicurazione ospedaliera della madre.

10 Cure balneari

- 10.1 Per cure balneari stazionarie su prescrizione medica ed effettuate presso una stazione termale in Svizzera diretta da medici conformemente all'art. 40 LAMal sono versate le seguenti prestazioni giornaliere:
- Assicurazione ospedaliera PRIVATA: fino a CHF 70
 - Assicurazione ospedaliera SEMIPRIVATA: fino a CHF 50
 - Assicurazione ospedaliera COMUNE: fino a CHF 30
- Le prestazioni sono accordate anche se la cura balneare stazionaria prescritta dal medico è effettuata in uno stabilimento europeo, a condizione che sia a direzione medica e che disponga di personale specializzato e di un'offerta terapeutica adeguata per il trattamento di pazienti che necessitano di cure balneari.
- 10.2 La cura balneare deve essere effettuata in una stazione termale riconosciuta dall'assicuratore. L'assicuratore stila e aggiorna continuamente un elenco delle stazioni termali riconosciute. Le persone assicurate possono consultarlo presso l'assicuratore o richiederne un estratto.
- 10.3 Le prestazioni sono accordate unicamente se la cura è stata preceduta da un trattamento ambulatoriale intensivo, riconosciuto scientificamente e idoneo oppure se un trattamento rispondente a queste

caratteristiche non sia possibile in regime ambulatoriale. Inoltre, si richiede una visita medica di accettazione ed è necessario che le cure balneologiche e fisiche siano scientificamente riconosciute in Svizzera ed eseguite secondo un piano di cura.

- 10.4 Le prestazioni giornaliere assicurate sono erogate per una durata massima di 21 giorni pro anno civile.

11 Cure di convalescenza

- 11.1 Se il medico prescrive una cura necessaria dal profilo medico ai fini di una completa guarigione o di una convalescenza in seguito a una grave malattia od operazione, sono erogate le seguenti prestazioni giornaliere:
- Assicurazione ospedaliera PRIVATA: fino a CHF 70
 - Assicurazione ospedaliera SEMIPRIVATA: fino a CHF 50
 - Assicurazione ospedaliera COMUNE: fino a CHF 30
- 11.2 La cura deve essere effettuata presso uno stabilimento di cura in Svizzera riconosciuto dall'assicuratore. L'assicuratore stila e aggiorna continuamente un elenco degli stabilimenti riconosciuti. Le persone assicurate possono consultarlo presso l'assicuratore o richiederne un estratto.
- 11.3 Le prestazioni giornaliere assicurate sono erogate per una durata massima di 21 giorni pro anno civile.

12 Obbligo di notifica prima della cura

La prescrizione medica della cura deve essere inoltrata all'assicuratore tempestivamente, senz'altro prima del suo inizio e deve menzionare lo stabilimento di cura o la stazione termale nonché la data d'inizio della cura.

13 Aiuto domiciliare

- 13.1 Se, a causa di un'incapacità lavorativa completa, la persona assicurata deve ricorrere, su prescrizione medica, a un aiuto domiciliare per motivi di salute o legati a circostanze personali familiari, per i costi accertati e non coperti dall'assicurazione DIVERSA sono erogate le seguenti prestazioni giornaliere:
- Assicurazione ospedaliera PRIVATA: fino a CHF 70
 - Assicurazione ospedaliera SEMIPRIVATA: fino a CHF 50
 - Assicurazione ospedaliera COMUNE: fino a CHF 30
- 13.2 È considerato aiuto domiciliare chi provvede a titolo professionale, per conto proprio o di un'organizzazione, al governo della casa in sostituzione della persona assicurata. La medesima prestazione è accordata se un'altra persona provvede al governo della casa in sostituzione della persona assicurata e i costi inerenti sono accertati.
- 13.3 Le prestazioni giornaliere assicurate sono erogate al massimo trenta volte pro anno civile.
- 13.4 Le prestazioni per aiuto domiciliare non sono accordate simultaneamente ad altre prestazioni dell'Assicurazione ospedaliera.

14 Rooming-in

- 14.1 Se un genitore pernotta a pagamento nell'ospedale in cui la figlia assicurata o il figlio assicurato di età inferiore a dieci anni è in ricovero, oppure se figlie o figli di età inferiore a dieci anni pernottano a pagamento nell'ospedale in cui è ricoverato il genitore assicurato, l'Assicurazione ospedaliera della persona ospedalizzata si fa carico di un importo fino a CHF 60 a pernottamento.
- 14.2 Il diritto sussiste anche per figlie e figli elettivi e figlie e figli del coniuge.
- 14.3 Le prestazioni dell'Assicurazione ospedaliera sono fornite per i ricoveri in ospedale in Svizzera.
- 14.4 Se l'Assicurazione ospedaliera e l'assicurazione DIVERSA prevedono delle prestazioni per il medesimo pernottamento, quelle di DIVERSA sono erogate a titolo prioritario e quelle dell'Assicurazione ospedaliera in via sussidiaria.

15 Parto ambulatoriale e a domicilio

- 15.1 Se al momento del parto ambulatoriale o a domicilio in Svizzera l'Assicurazione ospedaliera della madre è attiva da almeno 270 giorni, sono erogate le seguenti prestazioni:
- Assicurazione ospedaliera PRIVATA: CHF 1'500
 - Assicurazione ospedaliera SEMIPRIVATA: CHF 1'000
 - Assicurazione ospedaliera COMUNE: CHF 300
- 15.2 Non sussiste alcun diritto alle prestazioni in caso di prolungamento della degenza ospedaliera o di ricovero in ospedale nelle 24 ore successive al parto.
- 15.3 In caso di parto plurimo, la prestazione è versata un'unica volta.

16 Secondo parere medico

Prima di sottoporsi a un intervento programmato o a un trattamento grave la persona assicurata può rivolgersi all'assicuratore che, per determinate diagnosi, offre l'accesso a un secondo parere medico. Il servizio è a cura di un partner esterno e si basa sulla valutazione degli atti medici. I costi di questa prestazione sono a carico dell'assicuratore.

17 Prestazioni all'estero dell'Assicurazione ospedaliera PRIVATA

- 17.1 In caso di degenza pianificata o dovuta a malattia acuta e necessaria sotto il profilo medico in un ospedale all'estero, l'Assicurazione ospedaliera PRIVATA copre le spese di trattamenti scientificamente riconosciuti in Svizzera e le spese di vitto e alloggio. Non è accordata alcuna prestazione a titolo dell'Assicurazione ospedaliera SEMIPRIVATA e dell'Assicurazione ospedaliera COMUNE.
- 17.2 In caso di trattamento stazionario all'estero pianificabile, la richiesta di garanzia di assunzione dei costi deve pervenire all'assicuratore al più tardi sette

giorni prima dell'entrata in ospedale. La richiesta deve indicare la data d'entrata, il trattamento medico previsto, il fornitore di prestazioni e il reparto scelti. Se la richiesta non perviene all'assicuratore entro il termine summenzionato, l'Assicurazione ospedaliera PRIVATA non eroga prestazioni. L'erogazione di prestazioni a carico dell'Assicurazione ospedaliera PRIVATA è parimenti esclusa se al momento dell'entrata in ospedale non è pervenuta alcuna garanzia di assunzione dei costi da parte dell'assicuratore.

- 17.3 La persona assicurata è tenuta a fornire le indicazioni mediche necessarie ai fini dell'erogazione delle prestazioni e a presentare le fatture dettagliate in una lingua nazionale oppure in inglese. L'assicuratore può esigere che la persona assicurata presenti le fatture originali. Se la persona assicurata non può presentare delle fatture dettagliate, le prestazioni sono determinate tenendo conto del tipo, della gravità e della durata della malattia o dei postumi d'infortunio.

18 Erogazione di prestazioni

- 18.1 L'erogazione di prestazioni è disciplinata dall'art. 34 delle CGA.
- 18.2 Se, in deroga all'art. 41 cpv. 3 LAMal, il Cantone di domicilio rifiuta di farsi carico dei costi supplementari dovuti a una degenza ospedaliera giustificata sotto il profilo medico, l'assicuratore conteggia in ogni caso le sue prestazioni come se il Cantone si fosse fatto carico dei costi supplementari nel quadro di una degenza nel reparto comune.
- 18.3 Se, in deroga all'art. 41 cpv. 1^{bis} LAMal, il Cantone di domicilio rifiuta di farsi carico dei costi di una degenza ospedaliera alla tariffa di riferimento, l'assicuratore conteggia in ogni caso le sue prestazioni come se il Cantone si fosse fatto carico della tariffa di riferimento nel quadro di una degenza nel reparto comune.

19 Esclusione di prestazioni

- A titolo dell'Assicurazione ospedaliera non è erogata alcuna prestazione:
- 19.1 per cure ambulatoriali, a eccezione delle disposizioni dell'art. 7.2;
- 19.2 per i trattamenti e le degenze ospedaliere che presentano un nesso con il consumo di droghe, stupefacenti e altre sostanze che generano dipendenza nonché l'abuso di alcol o di medicinali (comprese le complicazioni e le conseguenze tardive). L'erogazione di prestazioni è esclusa anche se il consumo o l'abuso di tali sostanze non è che una concausa del trattamento o influisce sulla durata del trattamento;
- 19.3 per spese personali (ad esempio telefono, spese postali, televisione, radio);
- 19.4 per cure dentarie che non rientrano nelle prestazioni obbligatorie dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;

- 19.5 per il trattamento, la cura, la sorveglianza e la degenza presso una casa di cura o una casa per anziani;
- 19.6 per i trattamenti e le degenze ospedaliere in caso di trapianti di organi o di cellule staminali secondo l'elenco dell'assicuratore. L'elenco può essere consultato presso l'assicuratore oppure può esserne richiesto un estratto;
- 19.7 se, sotto il profilo medico, non sussiste più alcuna necessità di degenza in un ospedale per malattie acute;
- 19.8 per i trattamenti e le degenze presso ospedali di cui l'assicuratore non riconosce le tariffe nella loro integralità o non le riconosce per il reparto ospedaliero o per l'ambito di prestazioni interessato e per i quali non ha neppure fissato una tariffa massima (art. 4.7 delle presenti CCA);
- 19.9 nell'Assicurazione ospedaliera SEMIPRIVATA e nell'Assicurazione ospedaliera COMUNE: per trattamenti all'estero;
- 19.10 per i trattamenti per i quali non sussiste alcun obbligo di prestazioni in virtù della legislazione federale svizzera sull'assicurazione malattie nonché per il trattamento delle relative complicazioni e conseguenze tardive;
- 19.11 nei casi indicati all'art. 32 delle CGA.

III. Opzioni dell'Assicurazione ospedaliera

20 Franchigia opzionale

- 20.1 Dietro una riduzione dei premi, le persone assicurate che hanno sottoscritto l'Assicurazione ospedaliera PRIVATA e l'Assicurazione ospedaliera SEMIPRIVATA hanno la possibilità di farsi personalmente carico delle spese a carico dell'Assicurazione ospedaliera fino a concorrenza di un importo fisso pro anno civile (franchigia). Sono possibili le franchigie opzionali seguenti:
- CHF 1'000 pro anno civile
 - CHF 2'000 pro anno civile
 - CHF 3'000 pro anno civile
 - CHF 5'000 pro anno civile
 - CHF 10'000 pro anno civile
- 20.2 L'applicazione di una franchigia opzionale per un'Assicurazione ospedaliera già stipulata è possibile a decorrere dall'inizio di ciascun mese, a prescindere dalle condizioni di salute e dall'età della persona assicurata.
- 20.3 Il passaggio da una franchigia inferiore a una superiore è possibile per la fine di un anno civile a prescindere dalle condizioni di salute e dall'età della persona assicurata.
- 20.4 Per ridurre la franchigia è sempre necessaria una nuova procedura d'adesione mediante proposta d'assicurazione. Il passaggio è possibile, la prima

volta, dopo una durata assicurativa di tre anni e rispettando un termine di preavviso di tre mesi, per la fine di un anno civile.

- 20.5 Se la franchigia opzionale non è attiva per un anno civile intero, il suo importo è calcolato pro rata temporis.
- 20.6 In caso di ricorso alle prestazioni dell'Assicurazione ospedaliera, le persone assicurate che hanno optato per una franchigia opzionale si fanno anzitutto carico della franchigia scelta pro anno civile.
- 20.7 Se una degenza ospedaliera a cavallo di due anni non si protrae oltre i trenta giorni, la franchigia scelta è riscossa un'unica volta, per l'anno civile in cui ha avuto inizio la degenza.
- 20.8 Se le persone assicurate che hanno optato per una franchigia opzionale si fanno ricoverare in un reparto comune secondo l'art. 4.5 delle presenti CCA, la franchigia non è riscossa.
- 20.9 Se le persone assicurate che hanno sottoscritto l'Assicurazione ospedaliera PRIVATA con franchigia opzionale si fanno ricoverare in un reparto semiprivato secondo l'art. 4.4 delle presenti CCA, è riscossa solo la metà della franchigia

21 Restrizione della scelta di ospedali

- 21.1 Dietro una riduzione dei premi, le persone assicurate che hanno sottoscritto l'Assicurazione ospedaliera hanno la possibilità di stipulare l'opzione che prevede una scelta di ospedali più ridotta, purché l'assicuratore proponga tale offerta in tutta la Svizzera oppure nella regione del domicilio della persona assicurata.
- 21.2 Con l'opzione che prevede una restrizione della scelta di ospedali, la copertura delle prestazioni si limita agli ospedali indicati dall'assicuratore.
- 21.3 In caso d'urgenza o se le prestazioni necessarie non sono offerte dagli ospedali che figurano nell'elenco dell'assicuratore, le spese sono coperte integralmente. È fatto salvo l'art. 9 delle presenti CCA.
- 21.4 Il passaggio dall'opzione che prevede una scelta di ospedali più ridotta a quella senza limitazione di scelta è possibile per la fine di ogni anno civile, la prima volta però solo dopo una durata assicurativa minima di tre anni. In ogni caso occorre osservare un termine di preavviso di 12 mesi. Non è necessaria una nuova procedura d'adesione mediante proposta d'assicurazione.

22 Ampliamento della scelta di ospedali

- 22.1 Dietro un aumento dei premi, le persone assicurate che hanno sottoscritto l'Assicurazione ospedaliera hanno la possibilità di stipulare l'opzione che prevede una scelta di ospedali più ampia, purché l'assicuratore proponga tale offerta in tutta la Svizzera oppure nella regione del domicilio della persona assicurata.

- 22.2 Le prestazioni erogate dipendono dalla tariffa riconosciuta nel quadro di questa opzione dall'assicuratore per l'ospedale, il reparto ospedaliero o l'ambito di prestazioni interessati oppure dalla tariffa massima. L'assicuratore può rinunciare alla fissazione di una tariffa massima così come rifiutare interamente di versare prestazioni.

IV. Disposizione transitoria

23 Sconto sui premi

Le persone assicurate che hanno sottoscritto l'Assicurazione ospedaliera prima del 1997 beneficiano di uno sconto sui premi. L'importo dello sconto dipende dalla durata dell'assicurazione in vigore con effetto al 31 dicembre 1996.



Bundesplatz 15
6002 Lucerna
Telefono +41 41 228 01 11
www.concordia.ch
info@concordia.ch