

Condizioni supplementari d'assicurazione (CSA) HOSPITAL FLEX

Indice

In generale

1 Scopo

Prestazioni

2 Condizione per le prestazioni

3 Prestazioni ospedaliere

4 Durata delle prestazioni ospedaliere

5 Prestazioni all'estero

6 Prestazioni per neonati

7 Forfait per parto

8 Prestazioni per la sistemazione di persone d'accompagnamento (rooming-in)

9 Cure balneari

10 Cure di convalescenza

11 Aiuto domiciliare

12 Durata delle prestazioni per le cure e per l'aiuto domiciliare

13 Esclusione di prestazioni

Varianti assicurative

14 Variante assicurativa con scelta limitata dell'ospedale

Varie

15 Sistema bonus

16 Sospensione della copertura assicurativa

Prestazioni

2 Condizione per le prestazioni

2.1 La condizione per la corresponsione di tutte le prestazioni è che vi sia la necessità medica, nonché l'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità dei trattamenti.

2.2 Per fruire di prestazioni di maternità, l'assicurazione deve sussistere da almeno 365 giorni dall'inizio dell'assicurazione.

2.3 Le prestazioni per una degenza ospedaliera sono corrisposte solo in caso di necessità di ospedalizzazione.

3 Prestazioni ospedaliere

3.1 Al più tardi al momento del ricovero in ospedale, la persona assicurata decide in quale reparto farsi curare. Per le prestazioni nel reparto comune non è riscalata alcuna partecipazione ai costi. Per le prestazioni nel reparto semiprivato o privato, la persona assicurata partecipa ai costi nella misura stabilita nella polizza.

3.2 Le prestazioni per una degenza o un trattamento in un ospedale, in una clinica di riabilitazione o in una clinica psichiatrica che soddisfano le condizioni previste dal paragrafo 8.1 delle condizioni generali d'assicurazione (CGA) sono assunte alla tariffa riconosciuta dall'assicuratore per l'istituto interessato. Al fine di concretizzare tale principio, per gli ospedali che non figurano negli elenchi cantonali di pianificazione e degli ospedali secondo l'articolo 39 LAMal (ospedale figurante nell'elenco), sussiste un diritto alle prestazioni dalla presente assicurazione soltanto se l'assicuratore ha stipulato un contratto LAMal con il rispettivo ospedale e la persona assicurata dispone di una copertura assicurativa per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presso il gruppo Helsana (ospedale convenzionato LAMal di Helsana).

L'assicuratore allestisce una lista degli ospedali convenzionati LAMal di Helsana, che fornisce informazioni sulle offerte di prestazioni riconosciute. Tale lista viene costantemente aggiornata e può essere consultata presso l'assicuratore o se ne può richiedere un estratto.

In generale

1 Scopo

- 1.1 L'assicurazione integrativa ospedaliera HOSPITAL FLEX corrisponde le seguenti prestazioni a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie:
- libera scelta dell'ospedale in tutta la Svizzera: costi per un maggiore comfort alberghiero e costi per la scelta del medico dovuti a una degenza nel reparto comune, semiprivato o privato per danni alla salute acuti in un ospedale, comprese le cliniche di riabilitazione e le cliniche psichiatriche;
 - contributo per i trattamenti ospedalieri all'estero; e corrisponde inoltre contributi, se assicurati, per:
 - cure balneari e di convalescenza;
 - aiuto domiciliare.
- 1.2 Sono assicurate le prestazioni a seguito di malattia, infortunio e maternità. La copertura dell'infortunio può essere esclusa.

4 Durata delle prestazioni ospedaliere

- 4.1 In caso di un trattamento stazionario in un ospedale per casi acuti o in una clinica di riabilitazione, le prestazioni assicurate per danni alla salute acuti sono corrisposte senza limite di tempo purché, considerando la diagnosi e l'intero trattamento medico, la degenza in un ospedale sia necessaria dal profilo medico e si possa attendere un miglioramento dello stato di salute.
- 4.2 In caso di un trattamento stazionario in una clinica psichiatrica, le prestazioni assicurate sono corrisposte per al massimo 60 giorni nell'arco di un anno civile purché, considerando la diagnosi e l'intero trattamento medico, la degenza in una clinica psichiatrica sia necessaria dal profilo medico e non sussista un disturbo cronico.

5 Prestazioni all'estero

In caso di degenza stazionaria in un ospedale per casi acuti o in una clinica psichiatrica all'estero, per i costi dei trattamenti scientificamente riconosciuti e finalizzati nonché per il vitto e l'alloggio è corrisposto l'importo giornaliero convenuto per al massimo 60 giorni per anno civile.

6 Prestazioni per neonati

L'assicuratore si assume da HOSPITAL FLEX della madre i costi di degenza del neonato sano durante il ricovero della madre, tuttavia al massimo per 10 settimane.

7 Forfait per parto

Se il parto ha luogo in una casa da parto ambulatoriale, a casa o ambulatorialmente in un ospedale, l'assicuratore corrisponde il forfait per parto convenuto.

8 Prestazioni per la sistemazione di persone d'accompagnamento (rooming-in)

In caso di trattamento stazionario in ospedale, l'assicuratore accorda contributi per i costi di vitto e alloggio in ospedale di un accompagnatore che ha stretti rapporti con la persona assicurata. La prestazione assicurata è corrisposta al massimo per 15 giorni per anno civile.

9 Cure balneari

- 9.1 Sono corrisposte prestazioni per cure balneari se sono assicurate secondo il paragrafo 1.1 CSA.
- 9.2 La cura balneare deve essere prescritta dal medico prima dell'inizio della cura e deve avvenire stazionalmente in uno stabilimento di cura balneare svizzero o europeo sotto direzione medica e riconosciuto dall'assicuratore.
- 9.3 Vi è diritto a prestazioni solo se la cura balneare è stata preceduta da un trattamento intenso, riconosciuto scientificamente e finalizzato oppure se una terapia ambulatoriale, riconosciuta scientificamente e finalizzata non è possibile. Inoltre, all'inizio della cura balneare deve essere effettuata una visita medica d'entrata e devono essere eseguiti provvedimenti balneoterapici e fisici secondo un piano di cura. La durata minima di una cura balneare è di 14 giorni.

10 Cure di convalescenza

- 10.1 Sono corrisposte prestazioni per cure di convalescenza se sono assicurate secondo il paragrafo 1.1 CSA.
- 10.2 La cura di convalescenza deve essere eseguita in una casa di cura riconosciuta dall'assicuratore.
- 10.3. La cura di convalescenza deve essere prescritta da un medico e necessaria dal profilo medico alla guarigione completa o al ristabilimento della salute dopo una malattia grave. La prescrizione della cura di convalescenza da parte del medico deve essere inviata all'assicuratore 10 giorni prima dell'inizio della cura, con indicazione dello stabilimento termale o dell'istituto di cura e della data dell'inizio della cura.

11 Aiuto domiciliare

- 11.1 Sono corrisposte prestazioni per l'aiuto domiciliare se sono assicurate secondo il paragrafo 1.1 CSA e se una persona assicurata necessita di un aiuto domiciliare a causa di una malattia acuta e della propria situazione familiare.
- 11.2 La necessità deve essere dimostrata da un certificato medico.
- 11.3 In caso di degenza in case di cura o in istituti simili, non si corrispondono prestazioni per l'aiuto domiciliare.

12 Durata delle prestazioni per le cure e per l'aiuto domiciliare

Per le cure balneari e di convalescenza, l'assicuratore corrisponde i costi dimostrati fino a un massimo di CHF 100.– al giorno durante al massimo 21 giorni per anno civile per entrambe le cure insieme. Per i costi dimostrati dell'aiuto domiciliare, sono corrisposti CHF 50.– al giorno durante al massimo 30 giorni per anno civile.

13 Esclusione di prestazioni

- 13.1 A complemento delle esclusioni di prestazioni indicate al paragrafo 21 CGA, da HOSPITAL FLEX non sono corrisposte prestazioni:
- per il trattamento e l'assistenza di persone che soffrono di malattie psichiche croniche;
 - per le degenze in case di cura;
 - per soggiorni in cliniche psichiatriche diurne o notturne;
 - per le degenze in un ospedale che non figura sulla lista dell'assicuratore se è stata stipulata la variante d'assicurazione con scelta limitata dell'ospedale.
- 13.2 Il paragrafo 21.1 lettera I CGA non trova applicazione per la presente assicurazione.

Varianti assicurative

14 Variante assicurativa con scelta limitata dell'ospedale

- 14.1 L'assicuratore può, offrendo una riduzione di premio, proporre una variante assicurativa con scelta limitata dell'ospedale. Per tale variante l'assicuratore stila una lista in cui figurano gli ospedali che si possono scegliere. Tale lista viene costantemente aggiornata e può essere consultata presso l'assicuratore o se ne può richiedere un estratto.
- 14.2 In caso di degenza in un ospedale non figurante su tale lista dell'assicuratore non si assumono i costi.
- 14.3 Tale variante assicurativa può essere stipulata insieme a un'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con scelta limitata dell'ospedale. Per le persone assicurate che hanno stipulato tale forma particolare d'assicurazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, le disposizioni restrittive per la fruizione di prestazioni disciplinate nelle rispettive condizioni generali d'assicurazione valgono analogamente anche per la presente assicurazione. Se tale forma particolare dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie viene disdetta o annullata, la rispettiva variante assicurativa non può essere mantenuta e avviene il trasferimento automatico a HOSPITAL FLEX senza la variante assicurativa con scelta limitata dell'ospedale.

Varie

15 Sistema bonus

L'assicuratore si riserva il diritto di integrare un sistema bonus nella presente assicurazione integrativa ospedaliera. Le persone assicurate sono trasferite automaticamente nel nuovo prodotto assicurativo con tale sistema. In deroga ai termini di disdetta ordinari previsti dalle CGA, tali persone hanno il diritto di recedere da HOSPITAL FLEX, con effetto retroattivo, entro tre mesi dal trasferimento.

16 Sospensione della copertura assicurativa

- 16.1 Il contraente può sospendere il diritto alle prestazioni di FLEX se può dimostrare che per l'assicurazione da sospendere è disponibile una copertura altrove (contratto collettivo, assicurazione malattia aziendale, assicurazione all'estero, ecc.). In tal caso è accordata una riduzione di premio.
- 16.2 Entro 30 giorni dalla cessazione dell'altra copertura assicurativa, qualora il contraente desiderasse mantenere la copertura assicurativa pattuita inizialmente, egli deve riattivare tale copertura assicurativa, dopodiché i premi verranno adeguati ai sensi del paragrafo 12 CGA. In caso d'inosservanza di questo termine, per la continuazione delle assicurazioni si applicano le condizioni di una nuova ammissione.