

Edizione 1° gennaio 2014

Condizioni supplementari d'assicurazione (CSA) HOSPITAL CLASSICA – assicurazione integrativa ospedaliera

Indice

In generale

- 1 Scopo
- 2 Possibilità d'assicurazione
- Prestazioni**
- 3 Copertura assicurativa
- 4 Necessità di ospedalizzazione
- 5 Prestazioni ospedaliere
- 6 Interventi ambulatoriali
- 7 Prestazioni in caso di copertura assicurativa insufficiente
- 8 Durata delle prestazioni negli ospedali per casi acuti e nelle cliniche psichiatriche
- 9 Prestazioni all'estero
- 10 Prestazioni per neonati
- 11 Prestazioni per la sistemazione di persone d'accompagnamento (rooming-in)
- 12 Cure balneari
- 13 Cure di convalescenza
- 14 Durata delle prestazioni per le cure
- 15 Prescrizione di cure
- 16 Cura a domicilio
- 17 Aiuto domiciliare
- 18 Durata delle prestazioni per la cura a domicilio e per l'aiuto domiciliare
- Varianti assicurative**
- 19 Variante assicurativa con secondo parere
- 20 Variante assicurativa con scelta limitata dell'ospedale
- 21 Variante assicurativa con scelta ampliata dell'ospedale
- 22 Variante assicurativa con franchigia annua opzionale
- 23 Copertura assicurativa contro gli infortuni
- 24 Posizione particolare per forme particolari d'assicurazione
- Varie**
- 25 Opzione assicurazione per cure e assistenza di lunga durata CURA
- 26 Sospensione della copertura assicurativa
- 27 Tessera d'assicurato

In generale

- 1 Scopo**

HOSPITAL CLASSICA copre i costi di degenza e trattamento in un ospedale e accorda contributi per le prestazioni alberghiere delle cure acute e transitorie stazionarie, per le cure balneari e di convalescenza, per la cura a domicilio e per l'aiuto domiciliare, come pure per le operazioni ambulatoriali. La condizione per la corresponsione di tutte le prestazioni è che vi sia la necessità medica.
- 2 Possibilità d'assicurazione**

Per la degenza in un ospedale esistono le seguenti assicurazioni:

 - a) HOSPITAL PLUS CLASSICA = reparto ospedaliero semiprivato
 - b) HOSPITAL COMFORT CLASSICA = reparto ospedaliero privato
- Prestazioni**
- 3 Copertura assicurativa**
 - 3.1 Da HOSPITAL CLASSICA si assumono i costi di degenza e trattamento negli ospedali che soddisfano le condizioni previste dal paragrafo 8.1 delle condizioni generali d'assicurazione (CGA). 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 (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.
 - 3.2 HOSPITAL PLUS CLASSICA copre, nell'ambito delle seguenti disposizioni, i costi della degenza stazionaria in una camera a due letti del reparto semiprivato di un ospedale.
 - 3.3 HOSPITAL COMFORT CLASSICA copre, nell'ambito delle seguenti disposizioni, i costi della degenza stazionaria in una camera a un letto del reparto privato di un ospedale.

- 3.4 Se in un ospedale non sono stati adottati criteri di suddivisione dei reparti o ne vigono altri, oppure le tariffe di un reparto non sono riconosciute dall'assicuratore, trovano applicazione le stesse disposizioni come se la persona assicurata fosse degente nel reparto privato dell'ospedale. In caso di copertura assicurativa insufficiente valgono le disposizioni del paragrafo 7 delle presenti CSA.
- 3.5 L'assicuratore allestisce una lista degli ospedali che non hanno un reparto semiprivato o privato ai sensi delle precedenti disposizioni. L'assicuratore adegua costantemente tale lista, che può essere consultata presso l'assicuratore o della quale se ne può richiedere un estratto.
- 4 Necessità di ospedalizzazione**
Le prestazioni per le terapie scientificamente riconosciute nell'ambito di una degenza ospedaliera vengono corrisposte se lo stato della persona assicurata richiede il trattamento stazionario in un ospedale o reparto ospedaliero nel quale la persona assicurata deve essere ricoverata per motivi medici.
- 5 Prestazioni ospedaliere**
- 5.1 È considerato ospedale un ospedale per casi acuti o una clinica psichiatrica che soddisfa la condizione del paragrafo 3.1 ed è atto/a a curare le persone assicurate ai sensi del paragrafo 4 delle presenti CSA.
- 5.2 In caso di trattamenti ospedalieri, le prestazioni comprendono, nell'ambito delle tariffe riconosciute dall'assicuratore per il relativo ospedale:
- i costi di vitto e alloggio;
 - gli onorari medici;
 - i costi dei provvedimenti diagnostici e terapeutici scientificamente riconosciuti;
 - la cura medica in ospedale;
 - i costi per medicinali, materiali di medicazione, sala operatoria e anestesia;
 - i costi per i mezzi ausiliari e gli apparecchi prescritti dall'ospedale.
- 5.3 Per le cure dentarie, le prestazioni secondo il paragrafo 5.2 sono assunte dall'assicurazione integrativa ospedaliera se vi è un obbligo a prestazioni secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).
- 5.4 Per le prestazioni delle cure acute e transitorie stazionarie risultanti necessarie dopo una degenza ospedaliera e prescritte dall'ospedale, l'assicuratore corrisponde, a complemento dell'obbligo a prestazioni secondo la Legge sull'assicurazione malattie (LAMal), i costi scoperti per vitto e alloggio per un massimo di 14 giorni per anno civile:
- HOSPITAL PLUS CLASSICA fino a CHF 120.– al giorno
 - HOSPITAL COMFORT CLASSICA fino a CHF 180.– al giorno

6 Interventi ambulatoriali

Se un intervento ambulatoriale meno costoso permette di evitare una degenza stazionaria in un ospedale per casi acuti, l'assicuratore assume i costi nell'ambito degli accordi presi con il relativo ospedale.

7 Prestazioni in caso di copertura assicurativa insufficiente

- 7.1 Le persone assicurate presso l'assicuratore per il reparto ospedaliero semiprivato ricevono, in caso di degenza nel reparto privato, il 75% delle prestazioni corrispondenti a HOSPITAL COMFORT CLASSICA, al massimo comunque il 75% della tariffa riconosciuta dall'assicuratore per il relativo ospedale.
- 7.2 L'assicuratore allestisce una lista degli ospedali le cui tariffe non vengono riconosciute. Tale lista viene costantemente aggiornata e può essere consultata presso l'assicuratore o se ne può richiedere un estratto.

8 Durata delle prestazioni negli ospedali per casi acuti e nelle cliniche psichiatriche

- 8.1 In caso di un trattamento stazionario in un ospedale per casi acuti, le prestazioni assicurate sono corrisposte per una durata illimitata purché, considerando la diagnosi e l'intero trattamento medico, la degenza nell'ospedale per casi acuti sia necessaria dal profilo medico.
- 8.2 In caso di un trattamento stazionario in una clinica psichiatrica, le prestazioni assicurate sono corrisposte per al massimo 180 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.
- 8.3 Non si corrispondono prestazioni per le degenze in cliniche psichiatriche diurne e notturne.

9 Prestazioni all'estero

- 9.1 In caso di degenza stazionaria in un ospedale per casi acuti o in una clinica psichiatrica all'estero, per i costi di un trattamento scientificamente riconosciuto e mirato e per il vitto e l'alloggio sono corrisposti al giorno le seguenti prestazioni:
- HOSPITAL PLUS CLASSICA, 40% dei costi non coperti
 - HOSPITAL COMFORT CLASSICA, piena copertura dei costi
- 9.2 Le prestazioni menzionate al paragrafo 9.1 vengono corrisposte soltanto fino al momento di un rientro in Svizzera o di un trasferimento in un ospedale svizzero che siano ragionevolmente possibili e per una durata massima di 60 giorni.

- 9.3 Il diritto alle prestazioni secondo il paragrafo 9.1 esiste solo per il trattamento nel Paese in cui la persona assicurata deve essere ricoverata, a causa di una malattia o di un infortunio, per le cure di pronto soccorso in un ospedale per casi acuti o in una clinica psichiatrica. Per trasferimenti e trattamenti in un Paese terzo non vengono corrisposte prestazioni.
- 10 Prestazioni per neonati**
I costi di degenza del neonato sano si assumono dall'assicurazione integrativa ospedaliera della madre stipulata presso l'assicuratore, per la durata della degenza ospedaliera della madre, comunque fino a un massimo di 10 settimane.
- 11 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 viene corrisposta al massimo per 15 giorni per anno civile e a seconda della variante d'assicurazione scelta dalla persona assicurata:
- HOSPITAL PLUS CLASSICA CHF 50.– al giorno
 - HOSPITAL COMFORT CLASSICA CHF 100.– al giorno
- 12 Cure balneari**
- 12.1 Per una cura balneare stazionaria prescritta dal medico prima del suo inizio ed eseguita in uno stabilimento termale svizzero sotto direzione medica, si corrispondono al giorno le seguenti prestazioni per i costi documentati per una durata massima di 30 giorni per anno civile:
- HOSPITAL PLUS CLASSICA fino a CHF 50.–
 - HOSPITAL COMFORT CLASSICA fino a CHF 70.–
- 12.2 Vi è diritto alle prestazioni secondo il paragrafo 12.1 solo se la cura balneare è stata preceduta da un trattamento intenso, riconosciuto scientificamente e mirato oppure se una terapia ambulatoriale, riconosciuta scientificamente e mirata 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.
- 12.3 In deroga alle disposizioni del paragrafo 12.1, una cura balneare può avere luogo anche in uno stabilimento termale in Europa, a condizione che siano soddisfatti i requisiti posti dal paragrafo 12.2.
- 13 Cure di convalescenza**
- 13.1 Per una cura di convalescenza prescritta dal medico prima del suo inizio e necessaria dal profilo medico per la guarigione o per la convalescenza dopo una grave malattia, si corrispondono in Svizzera e al giorno le seguenti prestazioni per i costi documentati per una durata massima di 30 giorni per anno civile:
- HOSPITAL PLUS CLASSICA fino a CHF 50.–
 - HOSPITAL COMFORT CLASSICA fino a CHF 70.–
- 13.2 La cura di convalescenza deve essere eseguita in una casa di cura svizzera riconosciuta dall'assicuratore.
- 14 Durata delle prestazioni per le cure**
Le prestazioni per le cure balneari e di convalescenza insieme vengono corrisposte per una durata massima di 30 giorni per anno civile.
- 15 Prescrizione di cure**
La prescrizione di cure balneari o di convalescenza da parte del medico deve essere inviata all'assicuratore in tempo utile prima dell'inizio della cura, con indicazione dello stabilimento termale o dell'istituto di cura e della data dell'inizio della cura.
- 16 Cura a domicilio**
- 16.1 In caso di cura a domicilio prescritta dal medico per la quale è necessario ricorrere a un'infermiera o a un infermiere professionale a pagamento e che permette di evitare o di ridurre una degenza ospedaliera o un soggiorno di cura balneare o di convalescenza, si corrispondono al giorno le seguenti prestazioni per i costi documentati per una durata massima di 30 giorni per anno civile:
- HOSPITAL PLUS CLASSICA fino a CHF 50.–
 - HOSPITAL COMFORT CLASSICA fino a CHF 70.–
- 16.2 Si riconoscono quali infermieri anche le persone che prestano quotidianamente le cure necessarie alla persona ammalata e in tal modo subiscono una perdita documentabile di guadagno nella loro attività professionale.
- 16.3 Se una persona assicurata con età inferiore ai 15 anni assicurata con la presente assicurazione e che si trova sotto l'autorità parentale di un genitore solo con attività lucrativa, di coniugi con attività lucrativa o di conviventi con attività lucrativa si ammala o subisce un infortunio, l'assicuratore accorda, al posto delle prestazioni secondo il paragrafo 16.1, sui costi d'assistenza e di cura del bambino, cioè per l'igiene del corpo, per la somministrazione di medicinali, come pure per la preparazione di pasti, le seguenti prestazioni:
- HOSPITAL PLUS CLASSICA fino a 80 ore per anno civile
 - HOSPITAL COMFORT CLASSICA fino a 110 ore per anno civile

16.4 La condizione per la corresponsione di prestazioni secondo il paragrafo 16.3 è che si ricorra alla centrale di soccorso e di organizzazione incaricata dall'assicuratore. Le prestazioni non sono corrisposte se non sono organizzate da tale centrale.

16.5 Non sono assicurati i costi per le faccende domestiche generali quali ad es. fare la spesa, lavare, stirare, fare le pulizie, ecc.

16.6 In caso di degenza in case di cura o in istituti simili, non si corrispondono prestazioni per la cura a domicilio.

17 Aiuto domiciliare

17.1 Quando una persona assicurata, in base a una prescrizione medica e in seguito a un'incapacità al lavoro del 100%, necessita di un aiuto domiciliare a causa del suo stato di salute e delle sue condizioni familiari e ciò permette di evitare o di ridurre una degenza ospedaliera o un soggiorno di cura balneare o di convalescenza, si corrispondono al giorno le seguenti prestazioni per i costi documentati per una durata massima di 30 giorni per anno civile:

- a) HOSPITAL PLUS CLASSICA fino a CHF 50.–
- b) HOSPITAL COMFORT CLASSICA fino a CHF 70.–

17.2 Per aiuto domiciliare si intende la persona che, lavorando per conto proprio o per un'organizzazione, si occupa delle faccende domestiche al posto della persona assicurata.

17.3 Può anche essere riconosciuto quale aiuto domiciliare chi si occupa delle faccende domestiche di una persona assicurata ammalata e subisce in tal modo una perdita di salario dimostrabile nella propria attività professionale.

17.4 In caso di degenza in case di cura o in istituti simili, non si corrispondono prestazioni per l'aiuto domiciliare.

18 Durata delle prestazioni per la cura a domicilio e per l'aiuto domiciliare

Le prestazioni giornaliere assicurate per la cura a domicilio e per l'aiuto domiciliare insieme vengono corrisposte per una durata massima di 30 giorni per anno civile.

Varianti assicurative

19 Variante assicurativa con secondo parere

19.1 Si può stipulare la variante assicurativa con secondo parere medico ottenendo così una riduzione del premio. Prima di sottoporsi a una delle operazioni elencate al paragrafo 19.4 in istituti stazionari, le persone assicurate che optano per questa variante assicurativa sono tenute ad annunciarsi al servizio medico fiduciario dell'assicuratore, affinché la necessità medica dell'intervento chirurgico venga sottoposta al parere di un altro medico. I costi di questo accertamento vanno a carico dell'assicuratore.

19.2 La persona assicurata è libera di osservare o meno il parere espresso dal secondo medico.

19.3 Se la persona assicurata rifiuta di sottoporsi al secondo parere, assume personalmente il 10%, al massimo CHF 3000.–, dei costi a carico dell'assicurazione integrativa ospedaliera.

19.4 Le operazioni che soggiacciono al secondo parere sono:

- a) raschiamento dell'utero;
- b) isterectomia (asportazione dell'utero);
- c) operazione dell'alluce valgo;
- d) artroplastica delle articolazioni dell'anca e del ginocchio (impianto di articolazioni artificiali);
- e) artroscopia;
- f) sindesmoplastica dei legamenti delle articolazioni del ginocchio e tibiotarsale (operazione dei legamenti);
- g) asportazione di materiale per osteosintesi (asportazione di materiale metallico dopo interventi chirurgici alle ossa);
- h) operazione dell'ernia discale;
- i) angiografia coronarica (rappresentazione radiologica dei vasi coronari);
- k) prostatectomia (asportazione della prostata);
- l) tonsillectomia (asportazione delle tonsille);
- m) colecistectomia (asportazione della cistifellea);
- n) operazione delle varici;
- o) spondilodesi (operazione atta a irrigidire la colonna vertebrale).

20 Variante assicurativa con scelta limitata dell'ospedale

20.1 Si può stipulare la variante assicurativa con scelta limitata dell'ospedale ottenendo così una riduzione del premio. 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.

20.2 In caso di degenza in un ospedale non figurante su tale lista dell'assicuratore non si assumono i costi.

20.3 Tale variante assicurativa può essere stipulata insieme a un'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con scelta limitata dell'ospedale. Se tale assicurazione delle cure medico-sanitarie viene disdetta o annullata, la rispettiva variante assicurativa non può essere mantenuta e avviene il trasferimento automatico a HOSPITAL CLASSICA senza la variante assicurativa con scelta limitata dell'ospedale.

21 Variante assicurativa con scelta ampliata dell'ospedale

21.1 Con un supplemento di premio si può stipulare la variante assicurativa con scelta ampliata dell'ospedale. Con questa variante l'assicuratore accorda la copertura dei costi anche in quegli ospedali che non soddisfano le condizioni previste del paragrafo 3.1. In tale contesto si applicano le tariffe massime riconosciute dall'assicuratore per il relativo ospedale.

21.2 L'assicuratore allestisce una lista degli ospedali le cui tariffe non vengono riconosciute. Tale lista viene costantemente aggiornata e può essere consultata presso l'assicuratore o se ne può richiedere un estratto.

22 Variante assicurativa con franchigia annua opzionale

22.1 Si può stipulare la variante assicurativa con franchigia annua opzionale ottenendo così una riduzione del premio. Le persone assicurate che optano per questa variante devono assumere personalmente la franchigia scelta una volta per anno civile in caso di prestazioni di HOSPITAL CLASSICA. La franchigia annua scelta viene addebitata soltanto per le degenze in ospedali per casi acuti o in cliniche psichiatriche.

22.2 Se, in caso di degenza ospedaliera, le persone assicurate con una HOSPITAL PLUS CLASSICA con una franchigia annua di CHF 1000.–, 2000.– o 3000.– si ricoverano nel reparto comune, si rinuncia ad addebitare la franchigia. Lo stesso vale se, in caso di degenza ospedaliera, le persone con HOSPITAL COMFORT CLASSICA con una di queste franchigie annue opzionali si ricoverano nel reparto semiprivato o comune.

22.3 Se, in caso di degenza ospedaliera, le persone assicurate con HOSPITAL PLUS CLASSICA con una franchigia annua di CHF 5000.– o 7000.– si ricoverano nel reparto comune, viene richiesta una franchigia annua di CHF 2000.– rispettivamente 4000.–. Lo stesso vale se, in caso di degenza ospedaliera, le persone con HOSPITAL COMFORT CLASSICA con una di queste franchigie annue opzionali si ricoverano nel reparto semiprivato o comune.

23 Copertura assicurativa contro gli infortuni

La copertura assicurativa per conseguenze di infortuni può essere esclusa. Le persone assicurate che hanno escluso la copertura assicurativa contro gli infortuni possono chiedere, fino al compimento del 70° anno d'età, l'ammissione o la riammissione nella copertura assicurativa contro gli infortuni.

24 Posizione particolare per forme particolari d'assicurazione

Per le persone assicurate che hanno stipulato altre forme particolari d'assicurazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal (ad es. HMO, altri modelli medico di famiglia o altri modelli assicurativi con scelta limitata dei fornitori di prestazioni), le disposizioni restrittive per la fruizione di prestazioni disciplinate nelle rispettive condizioni generali d'assicurazione valgono analogamente anche per la presente assicurazione.

Varie

25 Opzione assicurazione per cure e assistenza di lunga durata CURA

25.1 Al 1° gennaio successivo al raggiungimento dell'età AVS, le persone assicurate che hanno stipulato HOSPITAL CLASSICA presso l'assicuratore hanno il diritto all'assegnazione automatica e senza esame dello stato di salute all'assicurazione per cure e assistenza di lunga durata CURA nella versione offerta dalla compagnia al momento dell'esercizio dell'opzione. L'assegnazione avviene come segue:

- a) HOSPITAL PLUS CLASSICA variante 50
- b) HOSPITAL COMFORT CLASSICA variante 70

25.2 Per le persone assicurate secondo il paragrafo 25.1, il diritto a prestazioni dall'assicurazione per cure e assistenza di lunga durata CURA inizia una volta decorsi 720 giorni consecutivi durante i quali sussistevano le premesse per trattamenti stazionari a seguito di malattia cronica, per la cura a domicilio o per l'aiuto domiciliare. Per il calcolo del periodo d'attesa è determinante la prescrizione medica.

25.3 In deroga alle disposizioni ordinarie di disdetta secondo il paragrafo 10 CGA, le persone assicurate ai sensi del paragrafo 25.1 hanno il diritto, dopo il trasferimento, di recedere entro il 31 gennaio, con effetto retroattivo al 1° gennaio, dall'assicurazione per cure e assistenza di lunga durata CURA.

26 Sospensione della copertura assicurativa

26.1 Il contraente può sospendere il diritto alle prestazioni dell'assicurazione integrativa ospedaliera HOSPITAL 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.

26.2 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.

27 Tessera d'assicurato

Le persone assicurate ricevono una tessera d'assicurato ai sensi del paragrafo 28 CGA.