

Assicurazione d'indennità giornaliera ospedaliera

Condizioni generali d'assicurazione (CGA) Edizione 06.2012

La base della presente assicurazione è costituita dal contratto assicurativo tra la CSS Assicurazione SA (qui di seguito denominata CSS) e dal contraente, nonché dalle Condizioni generali d'assicurazione.

Indice

1	Definizioni	2
2	Persone assicurate	2
3	Limite di età al momento della stipulazione del contratto	2
4	Campo d'applicazione	2
5	Ammissione e inizio dell'assicurazione	2
6	Genere di prestazioni assicurative	2
7	Importo delle prestazioni	2
8	Inizio del diritto alle prestazioni	3
9	Durata del versamento delle prestazioni	3
10	Obblighi al momento del ricovero	3
11	Versamento delle prestazioni	3
12	Differimento	3
13	Esclusione delle prestazioni	3
14	Premi	3
15	Rinnovo tacito del contratto	4
16	Disdetta del contratto da parte del/della contraente	4
17	Disdetta da parte della CSS	4
18	Richiesta d'assicurazione inesatta	4
19	Modifiche obbligatorie del piano assicurativo originario	4
20	Comunicazioni alla CSS	4
21	Foro competente	4
22	Diritto applicabile	4

Art. 1 Definizioni

Ai sensi della presente assicurazione, i singoli concetti vengono definiti come segue:

Persona assicurata

La persona assicurata definita come tale nella polizza.

Infortunio

È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte.

Malattia

Qualsiasi danno alla salute appurato e confermato da un medico.

Degenza ospedaliera

Viene definita degenza ospedaliera qualsiasi degenza di almeno 24 ore in uno stabilimento di cura. Se una persona assicurata viene dimessa ufficialmente dall'ospedale per rientrarvi dopo esservi stato assente per almeno 24 ore, le due degenze vengono considerate separatamente. Sono considerati stabilimenti di cura gli ospedali e le cliniche riconosciute dallo Stato, con una sorveglianza garantita 24 ore su 24 da parte di medici con diploma federale e personale medico specializzato, nonché dotate dei principali strumenti e dell'attrezzatura tecnica necessari per emettere una diagnosi e per effettuare interventi chirurgici. Sono equiparate agli ospedali e alle cliniche le cliniche di riabilitazione e di maternità, a condizione che dispongano di un'assistenza medica. Non vengono considerate alla stregua di stabilimenti di cura le case di riposo, le residenze per la terza età e le case di cura per malati cronici, nonché gli stabilimenti termali.

Art. 2 Persona assicurata

Se si sceglie la formula «persona singola», a beneficiare della copertura assicurativa è solo la persona assicurata.

Se si opta per la formula «coppia/coniugi», la copertura contrattuale si estende al coniuge, al/alla partner registrato/a o al/alla convivente. Il/La convivente deve tuttavia vivere nella stessa economia domestica. Se si sceglie la formula «famiglia», il contratto copre oltre alle persone assicurate in base alle formule «persona singola» o «coppia/coniugi» anche un massimo di tre figli propri o adottati fino ai 25 anni compiuti, a condizione che risiedano ancora stabilmente presso i genitori.

Sulla polizza è indicata la formula scelta.

Art. 3 Limite di età al momento della stipulazione del contratto

L'assicurazione può essere stipulata fino al compimento dell'82° anno d'età.

Art. 4 Campo d'applicazione

L'assicurazione è valida in tutto il mondo, per soggiorni all'estero tuttavia solo per un massimo di 12 mesi. Se la persona assicurata trasferisce il proprio domicilio definitivamente all'estero, ciò va notificato anticipatamente alla CSS. In questo caso, la copertura assicurativa per la persona in questione decade al termine del relativo anno d'assicurazione.

Art. 5 Ammissione e inizio dell'assicurazione

- Ai fini dell'ammissione nella singola assicurazione o per cambiamenti dell'assicurazione (per es. aumento della somma d'indennità giornaliera ospedaliera), il contraente e/o la persona da assicurare o il suo rappresentante legale deve compilare in modo veritiero e completo l'apposito formulario di proposta assicurativa e inviarlo alla CSS
- Con la proposta di stipulazione del contratto assicurativo, la CSS è autorizzata a fornire o a richiedere le informazioni necessarie per la valutazione della protezione assicurativa e dell'evasione del sinistro presso medici, altri fornitori di prestazioni, assicuratori sociali o privati e autorità preposte, in osservanza delle disposizioni legali sulla protezione dei dati. Le istanze coinvolte, in questi casi sono esonerati dal loro obbligo a mantenere il segreto e dal segreto professionale nei confronti della CSS.
- La decisione della CSS relativa all'ammissione può essere resa dipendente dal risultato di una visita medica.
- La CSS si riserva il diritto di accettare o di rifiutare la proposta assicurativa.

Art. 6 Genere delle prestazioni assicurative

In caso di degenza ospedaliera (vedi definizioni, art. 1), la CSS versa un'indennità giornaliera ai sensi dell'art. 7.

Le prestazioni non sono a destinazione vincolata e vengono versate direttamente alla persona assicurata, a prescindere da altre prestazioni assicurative.

In caso di parto, invece dell'indennità giornaliera è corrisposto un forfait pari alla somma di cui all'art. 7. Questa prestazione è versata per ogni degenza ospedaliera dovuta a parto.

Art. 7 Importo delle prestazioni

In base a quanto stipulato, le prestazioni in Svizzera ammontano a:

VARIANTE A	indennità di CHF 150 o forfait di CHF 1500 in caso di parto
VARIANTE B	indennità di CHF 250 o forfait di CHF 2500 in caso di parto
VARIANTE C	indennità di CHF 350 o forfait di CHF 3500 in caso di parto
VARIANTE D	indennità di CHF 50 o forfait di CHF 500 in caso di parto
VARIANTE E	indennità di CHF 100 o forfait di CHF 1000 in caso di parto

Per bambini e giovani fino ai 18 anni compiuti, l'indennità giornaliera è pari al 50 % delle somme di cui sopra.

Raddoppio delle prestazioni:

- se una malattia o un infortunio rende necessario un ricovero nel reparto di cure intensive o di rianimazione, l'indennità viene raddoppiata per tutta la durata della degenza;
- se durante un viaggio all'estero, a seguito di un'emergenza (infortunio o malattia grave), la persona assicurata deve essere improvvisamente ricoverata in ospedale, l'indennità viene raddoppiata per tutta la durata della degenza, fino tuttavia ad un massimo di 52 settimane;

- l'indennità viene raddoppiata anche nel caso di un infortunio che rende necessaria una degenza ospedaliera di entrambi i coniugi/partner registrati/e o conviventi assicurati e/o i loro figli.
- i summenzionati motivi per il raddoppio non sono cumulabili.

Art. 8 Inizio del diritto alle prestazioni

- a) Il diritto alle prestazioni inizia il 3° giorno della degenza ospedaliera.
- b) In caso di degenza ospedaliera a seguito di infortunio o di degenza nel reparto di cure intensive o di rianimazione, in linea di massima il diritto alle prestazioni inizia il primo giorno della degenza.

Art. 9 Durata del versamento delle prestazioni

Il diritto alle prestazioni sussiste durante una degenza ospedaliera dovuta a ragioni mediche. La durata massima per ogni caso è tuttavia la seguente:

- 48 mesi al massimo per singola degenza in stabilimenti di cura
- 2 mesi al massimo per singola degenza e al massimo per 6 mesi nel corso di un anno in cliniche di riabilitazione e cliniche psichiatriche oppure reparti psichiatrici in ospedale.

Art. 10 Obblighi al momento del ricovero

Per far valere il diritto alle prestazioni, la persona assicurata è tenuta ad inoltrare la dichiarazione di degenza ospedaliera al più tardi entro 30 giorni dal ricovero. Se lo ritiene necessario, la CSS è autorizzata a richiedere o a procurarsi direttamente ulteriori informazioni o prove per determinare il diritto alle prestazioni. Su richiesta della CSS, la persona assicurata è tenuta a sottoporsi ad una visita medica effettuata dal medico di fiducia. La persona assicurata o il suo rappresentante legale è tenuta ad esonerare dal segreto professionale tutti i medici e le autorità.

Perizia

In caso di controversie di natura medica tra la CSS e la persona assicurata, ogni parte si accolla i costi del rispettivo perito. Se del caso, la controversia viene composta avvalendosi della consulenza di un terzo perito, nominato congiuntamente dalle parti, che se ne divideranno i costi.

Art. 11 Versamento delle prestazioni

Il versamento delle prestazioni avviene dopo la ricezione di tutta la documentazione (certificati medici e giustificativi) nel giro di 30 giorni lavorativi. Se la degenza è superiore ai 30 giorni, su espressa richiesta può essere versato un anticipo.

Art. 12 Differimento

- a) Durante i primi due anni assicurativi non possono essere erogate prestazioni per ricoveri ospedalieri dovuti a postumi d'infortunio o di malattie che si sono verificate o sono state sottoposte a trattamento medico negli ultimi due anni precedenti l'inizio del contratto, rispettivamente dell'assicurazione (art. 5).
- b) In caso di inclusione successiva di un'ulteriore persona, il differimento della durata di due anni decorre per tale persona a partire dal momento dell'inclusione.
- c) Per ricoveri ospedalieri durante i primi 30 giorni di vita di una persona assicurata non si versano indennità giornaliere.

- d) Allo scadere del differimento della durata di due anni saranno poi invece erogate le prestazioni contrattuali previste in caso di ricovero ospedaliero conseguente ad eventuali precedenti malattie o infortuni.
- e) Per prestazioni in caso di parto, si applica tuttavia un differimento di 10 mesi, calcolato a partire dall'inizio dell'assicurazione.

Art. 13 Esclusione delle prestazioni

Non vengono versate prestazioni in caso di ricoveri dovuti a:

- conseguenze di interventi che la persona assicurata ha effettuato su se stessa, nonché suicidio e autolesioni (o relativi tentativi), anche in condizione di incapacità di discernimento;
- partecipazione volontaria a ammutinamenti, disordini, pestaggi, crimini, atti bellici (disordini politici o guerre all'estero);
- abuso di stupefacenti e farmaci, ebbrezza o alcolismo, cure di disintossicazione e del sonno;
- malattie causate dall'azione di raggi ionizzanti di qualsiasi tipo, in particolare generati da fissione nucleare;
- gravidanza, parto (con riserva delle prestazioni forfetarie ai sensi dagli art. 6 e 7), aborto e aborto spontaneo, nella misura in cui non siano stati provocati da infortunio;
- infortuni in caso di voli in cui l'assicurato/a fungeva da pilota o da membro dell'equipaggio, da insegnante di volo o da studente, nonché infortuni paracadutistici;
- operazioni di chirurgia estetica, a meno che non siano rese necessarie da infortunio;
- infezioni da virus HIV nonché AIDS (sindrome da immunodeficienza acquisita). Per sapere se si tratta di AIDS, al momento del ricovero va considerata la definizione emessa dall'Ufficio federale della sanità pubblica;
- malattie che provocano unicamente necessità di assistenza, a meno che la degenza non si riveli provvisoriamente necessaria a seguito di un evento acuto (aggravamento delle condizioni).

Art. 14 Premi

Durante tutta la durata del contratto, i premi sono calcolati in base alla fascia d'età in cui rientra la persona assicurata al momento dell'inizio del contratto. I premi non vengono aumentati in funzione dell'aumento dell'età. Al momento della richiesta di adesione, l'attribuzione ad un dato gruppo d'età tariffario avviene in base alla data di nascita. Se ad essere assicurati sono entrambi i conviventi/coniugi oppure tutta la famiglia, fa stato la data di nascita della persona più vecchia.

I premi vanno versati puntualmente. Se dopo 30 giorni dalla scadenza il premio non è stato ancora versato, a norma di legge si procede all'invio di un sollecito scritto. Se ciononostante il premio non dovesse essere ancora pagato, l'obbligo di erogare prestazioni da parte della CSS rimane sospeso dopo 14 giorni dalla data d'invio del sollecito. In caso di modifica dei premi, la CSS può chiedere l'adeguamento del contratto a partire dall'anno 'assicurazione successivo. A questo scopo, la CSS è tenuta a comunicare al/alla contraente l'ammontare del nuovo premio al più tardi 30 giorni prima della fine dell'anno d'assicurazione. Il/la contraente ha il diritto di disdire il contratto per la fine dell'anno d'assicurazione in corso. Se egli/ella si avvale di tale diritto, il contratto scade al termine dell'anno d'assicurazione. Per essere valida, la disdetta deve pervenire alla CSS al più tardi l'ultimo giorno dell'anno assicurativo. Se il/la contraente non inoltra la disdetta, ciò significa che egli/ella si dichiara d'accordo con l'adeguamento del contratto ai nuovi premi.

Art. 15 Rinnovo tacito del contratto

Se il contratto non viene rescisso per iscritto dal contraente almeno un mese prima della scadenza, esso viene sempre prolungato tacitamente di un anno.

Art. 16 Disdetta del contratto da parte del/della contraente

Il/la contraente può disdire l'assicurazione:

- a) al termine della durata minima del contratto concordata – data, rispettando un preavviso di disdetta di un mese, anche se è stato concordato per una durata maggiore, con effetto alla fine del terzo o di ogni susseguente anno assicurativo. I casi pendenti rimangono dovuti;
- b) qualora la CSS faccia uso della clausola relativa all'adeguamento dei premi (art. 14);
- c) dopo ogni caso di sinistro per il quale è dovuta una prestazione; la disdetta va inoltrata per iscritto e per raccomandata al più tardi 14 giorni dopo il momento in cui la persona assicurata è venuta a conoscenza del versamento delle prestazioni. Se la persona assicurata ha dichiarato la sua disdetta, la copertura assicurativa termina entro 14 giorni dalla data in cui la disdetta è pervenuta alla CSS. La CSS ha comunque diritto ai premi per l'anno civile in corso, qualora la persona assicurata disdica il contratto assicurativo durante l'anno successivo alla sua stipulazione.
- d) La persona assicurata può quindi disdire il contratto in caso di un grave motivo ai sensi dell'art. 35b LCA.

Art. 17 Disdetta da parte della CSS

La CSS non ha alcun diritto di disdetta allo scadere della relativa durata del contratto o in caso di sinistro per il quale è dovuta una prestazione (art. 35a cpv. 4 LCA).

La CSS ha un diritto di disdetta in caso di riuscita o tentata frode assicurativa da parte di una persona assicurata.

Inoltre, la CSS può disdire il contratto in presenza di un grave motivo ai sensi dell'art. 35b LCA.

Art. 18 Richiesta d'assicurazione inesatta

La richiesta d'assicurazione non può contenere imprecisioni di nessun tipo.

Se a seguito di indicazione inesatta dell'età viene versato un premio più basso di quello che la persona assicurata avrebbe dovuto realmente corrispondere in base alla sua età al momento della stipulazione del contratto, la prestazione viene ridotta proporzionalmente in funzione del rapporto tra il premio fissato alla stipulazione del contratto e quello che l'assicurato avrebbe dovuto pagare secondo tariffa se avesse indicato l'età giusta. Qualora la prestazione fosse già stata versata, la CSS è autorizzata a richiedere la somma versata in più, compresi gli interessi.

Art. 19 Modifiche obbligatorie del piano assicurativo originario

Non appena la persona assicurata non soddisfa più le condizioni necessarie ai sensi dell'art. 2 (p.es. a seguito di divorzio), essa è tenuta a comunicarlo alla CSS entro 30 giorni dal sopravvenire del motivo di tale cambiamento. Il contratto d'assicurazione e il premio verranno modificati di conseguenza. In caso di decesso della persona assicurata, il partner superstite coassicurato ha il diritto di succederle.

Art. 20 Comunicazioni alla CSS

Tutte le comunicazioni e gli avvisi devono essere indirizzati alla CSS. Tutte le comunicazioni da parte della CSS saranno indirizzate, con validità legale, all'ultimo indirizzo indicato dalla persona assicurata o dalla persona avente diritto (indirizzo postale, indirizzo e-mail).

Laddove nelle CGA sia richiesta la forma scritta, è sufficiente anche un'altra forma che permetta la prova tramite testo. Se la comunicazione non richiede alcuna formalità, essa può avvenire anche oralmente.

Art. 21 Foro competente

In caso di controversia legale, può essere promossa azione giudiziaria contro la CSS nel luogo di residenza in Svizzera della persona assicurata oppure a Lucerna.

Art. 22 Diritto applicabile

Se nelle presenti CGA o in eventuali accordi particolari non vi sono regolamentazioni divergenti, per il contratto assicurativo valgono le disposizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Le modifiche della revisione LCA del 19.06.2020 valgono anche per i contratti stipulati prima dell'1.1.2022. Sono esclusi i debiti della persona assicurata, che si prescrivono in due anni.