

Assicurazione ospedaliera

Assicurazione malattia complementare secondo la LCA
Condizioni supplementari (CS)
Edizione 01.2010

Indice

1	Condizioni d'ammissione	2
2	Prestazioni assicurate	2
3	Diritto alle prestazioni	5
4	Partecipazioni ai costi	5
5	Limitazioni delle prestazioni	5

La base delle Condizioni supplementari qui di seguito riportate (CS) sono le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per l'assicurazione complementare per malattia secondo la LCA della CSS Assicurazione SA (in seguito denominato «assicuratore»), qualora le presenti CS non prevedano regolamentazioni divergenti.

1 Condizioni d'ammissione

- 1.1 Nell'ambito dell'Assicurazione ospedaliera, la persona assicurata può scegliere tra i due livelli assicurativi «Minima» o «Optima».
- 1.2 Sia la prima stipulazione di un'Assicurazione ospedaliera, sia il passaggio da un livello di prestazioni minori a un livello assicurativo con entità di prestazioni maggiori, richiedono obbligatoriamente la compilazione della dichiarazione sullo stato di salute e la stipulazione avviene solo dopo esame ed accettazione dichiarata da parte dell'assicuratore.
- 1.3 La copertura assicurativa per i postumi d'infortunio può essere esclusa. La persona assicurata che ha escluso la copertura dell'infortunio può, in qualsiasi momento e rilasciando una dichiarazione sullo stato di salute, richiedere la reinclusione o la nuova inclusione della copertura

dell'infortunio. La reinclusione risp. la nuova inclusione della copertura dell'infortunio avviene solo dopo che l'assicuratore ha esaminato e accettato la dichiarazione sullo stato di salute.

- 1.4 La copertura per maternità (tutte le prestazioni elencate alla cifra 2) può essere esclusa. La persona assicurata può richiedere in qualsiasi momento il ripristino o la nuova stipulazione di tale copertura. Anche in tal caso si applica il differimento di 365 giorni (cfr. cifra 2.9).

2 Prestazioni assicurate

Al verificarsi di un caso assicurativo, l'assicuratore eroga le seguenti prestazioni a titolo integrativo e successivamente alle prestazioni di altre assicurazioni sociali, in modo particolare dell'Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge sull'assicurazione malattie (LAMal) e/o dell'Assicurazione infortuni secondo la Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF). La relativa estensione delle prestazioni per il livello assicurativo corrispondente stipulato è regolamentato nella seguente tabella:

Ambito di prestazioni	Minima	Optima
2.1 Validità territoriale	<p>Copertura in tutta la Svizzera per trattamenti programmati, copertura in tutto il mondo per trattamenti d'emergenza: l'assicuratore paga tutte le prestazioni seguenti per esami diagnostici e trattamenti medici. Durante un soggiorno all'estero le prestazioni sono limitate alla fase acuta del trattamento qualora contemporaneamente non sia esigibile un rientro in Svizzera (condizioni di prestazioni vedi cifra 3.5).</p> <p>Qualora non sia possibile risalire al tipo di divisione nella quale la persona assicurata è stata sottoposta al trattamento, l'assicuratore eroga le prestazioni corrispondenti alla divisione privata nel suo luogo di dimora svizzero con relativa partecipazione ai costi.</p>	
2.2 Libertà di scelta delle divisioni (comune, semiprivata, privata) in caso di trattamenti stazionari	<p>La persona assicurata prima del ricovero per un trattamento stazionario può scegliere in quale divisione (comune, semiprivata o privata) desidera sottoporsi al trattamento risp. soggiornare e paga la partecipazione dei costi annua indicata in polizza per la divisione scelta.</p>	
2.3 Ospedale stazionario	<p>L'assicuratore versa per i costi di trattamento e di degenza stazionaria in ospedale nella divisione comune, semiprivata o privata negli ospedali che al momento del trattamento sono considerati fornitori di prestazioni ai sensi della cifra 9 CGA.</p> <p>In caso di trattamenti programmati, la garanzia di pagamento dell'assicuratore per il fornitore di prestazioni scelto e per la divisione scelta deve essere in possesso del fornitore di prestazioni al più tardi al momento del ricovero. Se in tale momento non si è in presenza di una garanzia di pagamento, non saranno rimborsati i costi. In casi urgenti dovrà essere immediatamente richiesta all'assicuratore una garanzia di pagamento dell'assicuratore per il fornitore di prestazioni scelto e per la divisione scelta.</p>	
2.4 Ospedale ambulatoriale	<p>L'assicuratore versa per costi di trattamento e degenza per soggiorno ambulatoriale o semistazionario in ospedale presso i fornitori di prestazioni stabiliti per il soggiorno ospedaliero stazionario (cifra 2.3), a condizione che la persona assicurata non disponga di un'assicurazione complementare per costi ambulatoriali presso l'assicuratore e tale trattamento ambulatoriale sia utile ad evitare o ridurre una degenza stazionaria assicurata, al massimo tuttavia il 90% dell'importo massimo previsto per una degenza ospedaliera stazionaria ai sensi della tariffa (di riferimento) riconosciuta dalla LAMal.</p>	
2.5 Riabilitazione stazionaria	<p>L'assicuratore versa per i costi di trattamento e di degenza stazionaria di riabilitazione nella divisione comune, semiprivata o privata nelle cliniche di riabilitazione che al momento del trattamento sono considerati fornitori di prestazioni ai sensi della cifra 9 CGA.</p>	
	Al massimo per 60 giorni in un anno civile	Al massimo per 90 giorni in un anno civile

Ambito di prestazioni	Minima	Optima
2.6 Riabilitazione ambulatoriale	<p>L'assicuratore versa per costi di trattamento e degenza per soggiorno ambulatoriale o semistazionario di riabilitazione presso il fornitore di prestazioni stabilito per il soggiorno ospedaliero stazionario (cifra 2.5), a condizione che la persona assicurata non disponga di un'assicurazione complementare per costi ambulatoriali presso l'assicuratore e tale trattamento ambulatoriale sia utile ad evitare o ridurre una degenza stazionaria assicurata, al massimo tuttavia il 90% dell'importo massimo previsto per una degenza di riabilitazione stazionaria ai sensi della tariffa (di riferimento) riconosciuta dalla LAMal.</p>	
	Al massimo per 60 giorni in un anno civile	Al massimo per 90 giorni in un anno civile
2.7 Psichiatria stazionaria	<p>L'assicuratore copre i costi di trattamento e di degenza stazionaria nella divisione comune, semiprivata o privata nelle cliniche psichiatriche che al momento del trattamento sono considerate fornitori di prestazioni ai sensi della cifra 9 CGA. Il presupposto per un trattamento stazionario è sempre la necessità di cure ospedaliere (il paziente ha bisogno di un trattamento in ambiente ospedaliero, ovvero, le applicazioni di tipo diagnostico e terapeutico sono possibili solo in ospedale a causa dei mezzi tecnici e del personale necessari). Le lungodegenze in cliniche psichiatriche diurne o notturne, per le quali non si è in presenza della necessità di ricovero ospedaliero, non sono coperte da questa assicurazione.</p>	
	Al massimo per 60 giorni in un anno civile	Al massimo per 90 giorni in un anno civile
2.8 Cure termali e di riposo	<p>Cure termali: se la persona assicurata è stata in precedenza in trattamento intensivo a causa di malattie dell'apparato motorio e di sostegno, se la cura ha luogo in una stazione termale riconosciuta dall'assicuratore ed è condotta da un medico, se dura almeno 2 settimane, se comprende provvedimenti balneari e fisici ed è sotto sorveglianza medica. Cure di riposo: dopo una degenza stazionaria nelle case di cura riconosciute dall'assicuratore.</p>	
	Cure termali e di riposo al massimo CHF 20 al giorno, fino al massimo CHF 500 per anno civile	Für Bade- und Erholungskuren zusammen: höchstens CHF 80 pro Tag bis maximal CHF 2000 pro Kalenderjahr
2.9 Maternità	<p>In caso di maternità, l'assicuratore eroga allo scadere del differimento di 365 giorni dall'inizio dell'assicurazione e qualora le prestazioni per maternità non siano escluse:</p> <p>a) stesse prestazioni come in caso di malattia.</p> <p>b) i costi per un parto stazionario nella clinica ostetrica indicata sulla lista degli ospedali del Cantone, per l'ammontare corrispondente a un ricovero in ospedale per un parto (tenuto conto della partecipazione ai costi scelta).</p> <p>c) in caso di clinica ostetrica non indicata sulla lista degli ospedali del Cantone, l'assicuratore versa per un parto stazionario, senza necessità di presentare giustificativi, un importo massimo di CHF 1000 (anche per parti plurimi). Qualora l'intero periodo di convalescenza avvenga nella clinica ostetrica, ma non il parto di per sé, senza necessità di presentare giustificativi, sarà versato al massimo l'importo unico di CHF 500.</p> <p>d) per un parto ambulatoriale nella clinica ostetrica o a domicilio, l'assicuratore versa, senza necessità di presentare giustificativi, l'importo unico massimo qui di seguito riportato (anche in caso di parto plurimo). Tali prestazioni non possono essere cumulate.</p>	
	CHF 1000 per ogni parto	CHF 1500 per ogni parto

Ambito di prestazioni	Minima	Optima
2.10 Neonato	<p>a) Per un neonato sano l'assicuratore rimborsa i costi di degenza e per le prime visite secondo la tariffa riconosciuta dalla LAMal durante la degenza ospedaliera della madre, a condizione che sia assicurato presso l'assicuratore sin dalla nascita con la presente Assicurazione ospedaliera, almeno con livello assicurativo Minima.</p> <p>L'assicuratore eroga queste prestazioni al massimo per i 10 giorni successivi alla nascita</p> <p>b) Per la cura del neonato sano assicurato presso l'assicuratore, quest'ultimo non paga le prestazioni in caso di nuovo ricovero in ospedale della madre.</p>	<p>L'assicuratore eroga queste prestazioni al massimo per i 30 giorni successivi alla nascita</p> <p>b) Per la cura del neonato sano assicurato presso l'assicuratore, quest'ultimo paga per il nuovo ricovero in ospedale della madre entro 10 settimane dalla nascita, al massimo CHF 100 al giorno.</p>
2.11 Rooming-In	Nessuna prestazione	In caso di degenza in ospedale di un minore assicurato presso l'assicuratore, quest'ultimo eroga tramite l'assicurazione del bambino, per i costi di soggiorno della persona che l'accompagna, al massimo CHF 80 al giorno, fino al massimo CHF 2000 per anno civile.
2.12 Sterilizzazione stazionaria	L'assicuratore copre i costi di una sterilizzazione stazionaria di uomini e donne fino all'importo qui di seguito riportato per caso assicurativo, considerando che la partecipazione ai costi sarà calcolata secondo la divisione scelta e la variante di partecipazione ai costi. Questa prestazione non può essere cumulata con prestazioni derivanti dall'Assicurazione ambulatoriale.	
	CHF 500 per caso assicurativo	CHF 4000 per caso assicurativo
2.13 Trasporti per evitare o abbreviare una degenza ospedaliera	L'assicuratore paga i costi per trasporti la cui esecuzione aiuta ad evitare o ridurre le degenze ospedaliere, a condizione che la persona assicurata non disponga di un'assicurazione complementare per costi di trasporto presso l'assicuratore, e ciò fino all'importo qui di seguito riportato. Questa prestazione non può essere cumulata con prestazioni derivanti dall'Assicurazione ambulatoriale.	
	Fino a un massimo di CHF 250 per anno civile	Fino a un massimo di CHF 1000 per anno civile
2.14 Malattie croniche	<p>L'assicuratore versa soltanto prestazioni per degenze per casi acuti. Le prestazioni per malattie croniche risp. il loro trattamento non sono assunte da tale assicurazione. Sono considerate malattie croniche quelle che per il trattamento non necessitano più di una degenza in ospedale per casi acuti.</p> <p>Le prestazioni fornite da istituzioni non previste per il trattamento di persone assicurate con malattie acute, come ad esempio case di cura, case per anziani, residenze per anziani, ospizi o lungodegenze in cliniche psichiatriche diurne o notturne, non sono coperte da questa assicurazione.</p>	

3 Diritto alle prestazioni

- 3.1 Le prestazioni sono computate alla somma delle prestazioni assicurate per anno civile, secondo le date di trattamento risp. di esecuzione. I costi che si verificano dopo l'esaurimento del diritto non possono essere riportati all'anno -successivo.
- 3.2 Qualora venga concordata una limitazione delle prestazioni per caso assicurativo, tale limitazione vale indipendentemente dalla data di trattamento risp. esecuzione per il singolo caso assicurativo (inclusi complicazioni ed eventuali trattamenti successivi risp. trattamenti che ne conseguono) ed è da considerare esaurita non appena tutti i costi legati a tale caso -assicurativo avranno raggiunto il limite delle prestazioni.
- 3.3 Le prestazioni risp. i contributi previsti nelle presenti CS saranno erogati nella misura concordata, esclusivamente a titolo integrativo e successivamente alle assicurazioni menzionate alla cifra 31.1 CGA, in modo particolare successivamente all'Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal. Le parti dei costi coperte da tali assicurazioni, nonché le partecipazioni ai costi derivanti da tali assicurazioni non sono assicurate nell'ambito dell'Assicurazione ospedaliera, indipendentemente dal fatto che le assicurazioni menzionate siano stipulate o meno.
- 3.4 Se alla cifra 2 non vi sono regolamentazioni divergenti, saranno rimborsati al massimo i costi comprovati che si sono effettivamente verificati.
- 3.5 In caso di trattamenti all'estero, occorre contattare immediatamente il Centralino d'emergenza dell'assicuratore. Le prestazioni saranno erogate soltanto se l'assicuratore le approva risp. le ha organizzate.

4 Partecipazioni ai costi

- 4.1 In caso di degenze stazionarie si applicano le partecipazioni ai costi annuali indicati in polizza. Per le prestazioni erogate ambulatorialmente vale una quota-parte generale del 10 %. Per ciò che concerne le prestazioni limitate a una determinata somma non si applica nessuna partecipazione ai costi risp. nessuna quota-parte, a condizione che la cifra 2 non preveda altro.
- 4.2 La persona assicurata prima del ricovero per un trattamento può scegliere in quale divisione (comune, semiprivata o privata) desidera sottoporsi al trattamento stazionario, risp. desidera soggiornare, e paga la partecipazione ai costi annuale corrispondente alla divisione scelta e riportata nella polizza.
- 4.3 La persona assicurata può richiedere in qualsiasi momento un passaggio a un'altra variante di partecipazione ai costi. Il passaggio della persona assicurata a una variante con-partecipazione ai costi minore può essere concessa, con effetto dall'inizio del mese seguente l'accettazione, previa presentazione e accettazione di una dichiarazione sullo stato di salute. Qualora non venga presentata alcuna dichiarazione sullo stato di salute oppure quest'ultima non sia accettata senza riserve da parte dell'assicuratore, per il livello assicurativo «Optima» il passaggio avviene solo con effetto dall'inizio del secondo anno civile successivo a quello della proposta, mentre per il livello assicurativo «Minima» è escluso.
- 4.4 Nell'Assicurazione ospedaliera sono previste le seguenti varianti di partecipazione ai costi:

	Minima	Optima
Variante 1		
Divisione comune:	nessuna partecipazione ai costi	nessuna partecipazione ai costi
Divisione semiprivata:	40 % fino a CHF 8000 per anno civile	20 % fino a CHF 2000 per anno civile
Divisione privata:	70 % fino a CHF 14000 per anno civile	35 % fino a CHF 4000 per anno civile

Variante 2

Divisione comune:	nessuna partecipazione ai costi	nessuna partecipazione ai costi
Divisione semiprivata:	20 % fino a CHF 4000 per anno civile	nessuna partecipazione ai costi
Divisione privata:	35 % fino a CHF 7000 per anno civile	35 % fino a CHF 2000 per anno civile

5 Limitazioni delle prestazioni

- 5.1 Nel caso assicurativo, l'assicuratore non eroga prestazioni per trattamenti e rimedi curativi di medicina alternativa risp. complementare.
- 5.2 La libera scelta tra i fornitori di prestazioni decade, quando la persona assicurata ha stipulato l'Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con scelta limitativa dei fornitori di prestazioni. In caso di infrazione non saranno assunti costi a carico di tale assicurazione.

- 5.3 Per le degenze e/o i trattamenti presso un fornitore di prestazioni riconosciuto ai sensi della cifra 9 CGA, la cui divisione è riportata sulla lista dei fornitori di prestazioni senza divisione comune, semiprivata o privata riconosciuto dall'assicuratore (cfr. cifra 41 CGA), non vengono assunti costi.

