

OSPEDALE COMBI

Edizione 1° gennaio 2022

CONDIZIONI COMPLEMENTARI D'ASSICURAZIONE (CCA)

I Generalità

1 Oggetto dell'assicurazione

- 1.1 L'assicurazione Ospedale combi è un'assicurazione supplementare all'assicurazione Cure medico-sanitarie obbligatorie, nell'ambito delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per le assicurazioni supplementari secondo la legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).
- 1.2 L'assicurazione Ospedale combi corrisponde prestazioni per:
- i costi non coperti per la degenza in un ospedale per malattie acute, a complemento delle prestazioni dell'assicurazione Cure medico-sanitarie obbligatorie.
 - i costi di cure balneari e di convalescenza;
 - i costi in caso di assistenza sanitaria a domicilio e aiuto domiciliare;
 - i costi per malati cronici;
 - i costi per i trasporti di malati;
 - i costi per i parti in una clinica ostetrica;
 - i costi degli interventi ambulatoriali eseguiti per evitare una degenza ospedaliera.

2 Possibilità d'assicurazione

- 2.1 Si può scegliere tra i seguenti livelli di prestazione:
- Ospedale combi comune: reparto comune
 - Ospedale combi semiprivato: reparto semiprivato
 - Ospedale combi privato: reparto privato
 - Ospedale combi Opti: a scelta reparto comune, semiprivato o privato con corrispondente partecipazione ai costi.
- 2.2 Questi livelli di prestazione possono essere stipulati nelle seguenti varianti:
- con o senza inclusione del rischio d'infortunio;
 - con o senza franchigia opzionale per i livelli di prestazione Ospedale combi semiprivato e Ospedale combi privato a condizione che l'assicurazione esistesse già prima del 1° gennaio 2006.
- 2.3 Il volume delle prestazioni di Ospedale combi Opti si basa sull'art. 18a delle presenti CCA.
- 2a Fasce d'età
- La tariffa del premio presenta varie fasce d'età ai sensi dell'art. 24.2 delle CGA. Il premio varia all'inizio

Vogliate conservare questi documenti insieme alla polizza d'assicurazione

dell'anno in cui viene raggiunta l'età seguente: 13, 19, 26, 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60, 65 e 70.

3 Definizioni

- 3.1 Sono considerati ospedali per malattie acute gli stabilimenti di cura ed i loro reparti diretti o sorvegliati da medici, adibiti al trattamento stazionario di malattie acute o postumi d'infortunio, oppure all'attuazione stazionaria di provvedimenti di riabilitazione e che figurano nell'elenco ospedaliero cantonale (articolo 39 capoverso 1 lettera e LAMal). Essi devono garantire una sufficiente assistenza medica, disporre del necessario personale specializzato e di appropriate infrastrutture sanitarie e garantire un adeguato approvvigionamento farmaceutico.
- 3.2 Non sono considerati ospedali per malattie acute le case di cura, le case per anziani, gli istituti medicalizzati per anziani, i cronicari, gli ospizi terminali e gli altri stabilimenti sanitari non previsti per il trattamento di malattie acute.
- 3.3 È considerata reparto privato una camera ad un letto, o in via eccezionale una camera a due letti, con tariffa riconosciuta dall'Atupri Assicurazione della salute (nel prosieguo denominata Atupri).
- 3.4 È considerata reparto semiprivato una camera a due letti, o in via eccezionale una camera a più letti, con tariffa riconosciuta dall'Atupri.
- 3.5 È considerata reparto comune una camera a più letti con tariffa riconosciuta dall'Atupri.
- 3.6 Se un ospedale per malattie acute non conosce i citati criteri di suddivisione dei reparti o ne applica altri, essi sono considerati come reparti privati.

4 Stipulazione prenatale dell'assicurazione

Se la proposta d'assicurazione viene presentata prima della nascita, il bambino viene ammesso senza esclusioni delle prestazioni nel livello Ospedale combi comune. La stipulazione prenatale dell'assicurazione per i livelli di prestazione Ospedale combi semiprivato, Ospedale combi privato e Ospedale combi Opti non è possibile.

II Degenza ospedaliera

5 Premesse delle prestazioni

Le prestazioni ospedaliere vengono corrisposte:

- 5.1 quando in considerazione della diagnosi e della totalità dei trattamenti medici risulta la necessità di degenza in ospedale per malattie acute;
- 5.2 per l'ospedale per malattie acute, rispettivamente per il reparto ospedaliero nel quale la persona assicurata deve essere ricoverata per motivi medici.

6 Volume delle prestazioni

- 6.1 Qualora e fino a quando i presupposti per la corresponsione delle prestazioni siano adempiuti, le prestazioni comprendono tutti i costi di degenza e di trattamento in un ospedale per malattie acute, come pure i costi di trattamento dei medici, secondo l'assi-

curazione stipulata (reparto comune, semiprivato o privato) e secondo le tariffe riconosciute dall'Atupri. L'Atupri allestisce un elenco delle tariffe riconosciute. Tale elenco può essere consultato presso l'Atupri o se ne può richiedere un estratto.

- 6.2 L'Atupri può definire tariffe massime che valgono quale criterio per l'attribuzione ai diversi reparti assicurati. L'Atupri tiene un elenco degli ospedali che non hanno reparti privati, semiprivati o comuni ai sensi delle presenti disposizioni. Questo elenco viene pubblicato regolarmente, può essere consultato presso l'Atupri o se ne può richiedere un estratto.
- 6.3 In caso di fatturazione da parte di un medico non convenzionato per un trattamento ambulatoriale in relazione ad una degenza ospedaliera assicurata, dal livello di prestazione Ospedale combi privato vengono rimborsati, nell'ambito della tariffa riconosciuta dall'Atupri, i costi maggiori relativi ad un consulto prima della degenza ospedaliera e fino a due consulti entro i 3 mesi che seguono la degenza ospedaliera.
- 6.4 L'Atupri può limitare la garanzia della piena assunzione dei costi per degenza in ospedali. L'Atupri allestisce un elenco dei relativi ospedali e dei tipi di limitazione. Questo elenco viene pubblicato regolarmente, può essere consultato presso l'Atupri o se ne può richiedere un estratto.
- 6.5 Non sussiste diritto alla garanzia per l'assunzione totale dei costi:
 - a) quando la persona assicurata, a causa di un'esclusione di prestazioni, non raggiunge l'assicurazione minima necessaria. La soppressione della garanzia vale per la malattia esclusa o per l'infortunio, fino all'eventuale annullamento dell'esclusione di prestazioni;
 - b) in caso di necessità del ricovero ospedaliero attestata dal medico e degenza di lunga durata nel reparto per malati cronici di un ospedale per malattie acute, in uno stabilimento per malati cronici, come pure in caso di ricovero di lunga durata, prescritto dal medico, in una clinica psichiatrica; in tal caso le prestazioni si basano sull'articolo 15;
 - c) in caso di degenza ospedaliera di lunga durata, quando il medico di fiducia dell'Atupri dichiara che la persona assicurata è ammalata cronica; in questi casi, le prestazioni si basano sull'articolo 15;
 - d) in caso di degenza in un ospedale all'estero;
 - e) le spese per il vitto che, in base a una legge o a un contratto, non possono essere assicurate dall'Atupri;
 - f) se, a giudizio del medico di fiducia dell'Atupri, nel caso specifico non sono soddisfatti i requisiti di carattere medico definiti nell'articolo 5;
 - g) quando i costi dei fornitori di prestazioni sanitarie sono superiori alle tariffe definite nei capoversi 1 e 2.
- 6.6 Se con un intervento ambulatoriale meno costoso (trattamento semistazionario) può essere evitata una degenza stazionaria in un ospedale per malattie acu-

te e se tra il fornitore di prestazioni sanitarie presso il quale si procede all'intervento ambulatoriale e l'Atupri esiste un contratto, i costi d'intervento vengono assunti secondo le tariffe contrattuali dall'assicurazione Ospedale combi. L'Atupri tiene un elenco dei relativi fornitori di prestazioni sanitarie. Tale elenco viene aggiornato correntemente e può essere consultato presso l'Atupri o se ne può richiedere un estratto. Per i costi eccedenti le prestazioni prescritte dalla legge non viene richiesta la partecipazione ai costi.

7 Durata delle prestazioni

- 7.1 In caso di trattamento stazionario in un ospedale per malattie acute le prestazioni assicurate vengono corrisposte per un periodo illimitato, finché sussiste la necessità di degenza in un ospedale per malattie acute.
- 7.2 In caso di trattamento stazionario in una clinica psichiatrica le prestazioni assicurate vengono corrisposte durante al massimo 180 giorni per anno civile.
- 7.3 Le prestazioni secondo l'articolo 15 vengono corrisposte per una durata illimitata dopo l'esaurimento del diritto di fruizione secondo il capoverso 2.
- 7.4 La durata delle prestazioni per le cure balneari, di convalescenza e di disassuefazione è indicata negli articoli 10, 11 e 12.

8 Prestazioni in caso di copertura assicurativa insufficiente

- 8.1 Dalla classe di prestazioni Ospedale combi comune viene rimborsato, in caso di degenza nel reparto semiprivato, il 40% delle prestazioni relative alla classe Ospedale combi semiprivato; in caso di degenza nel reparto privato, il 20% delle prestazioni relative alla classe Ospedale combi privato secondo l'articolo 6.1.
- 8.2 Dalla classe di prestazioni Ospedale combi semiprivato viene rimborsato, in caso di degenza nel reparto privato, il 60% delle prestazioni relative alla classe Ospedale combi privato secondo l'articolo 6.1.
- 8.3 In questi casi l'Atupri rilascia la garanzia di assunzione dei costi per il reparto comune del relativo ospedale. In caso di degenza in un reparto superiore a quello assicurato, essa assume almeno i costi, che sarebbero derivati dalla degenza nel reparto assicurato, a condizione che l'ospedale disponga del relativo reparto.
- 8.4 In caso di parto nel reparto privato o semiprivato di uno stabilimento ospedaliero, rispettivamente nel reparto comune di un ospedale fuori cantone, i costi non coperti per il neonato sano vengono assunti dall'assicurazione Ospedale combi della madre.

III Altre prestazioni

9 Prestazioni in caso di soggiorno all'estero

- 9.1 Nei casi di pronto soccorso l'Atupri assume i costi delle degenze ospedaliere all'estero. Le prestazioni per anno civile ammontano fino a:
- Ospedale combi comune CHF 20'000.–
 - Ospedale combi semiprivato CHF 40'000.–

– Ospedale combi privato CHF 60'000.–

- 9.2 Le prestazioni all'estero vengono corrisposte solo per i trattamenti nel paese nel quale si soggiorna. Per i trasferimenti ed i trattamenti in terzi paesi, non può essere rivendicata nessuna prestazione.
- 9.3 Se la persona assicurata si reca all'estero con l'intento di sottoporsi a terapie, cure o parto, non vengono corrisposte prestazioni.
- 9.4 Nei casi di pronto soccorso l'Atupri assume i costi per i trasporti di malati secondo l'articolo 16.1.
- 9.5 Per le cure all'estero le prestazioni vengono corrisposte soltanto se in Svizzera non c'è una possibilità equivalente.

10 Cure balneari

- 10.1 Per le cure balneari prescritte dal medico, effettuate in modo stazionario in uno stabilimento termale svizzero a conduzione medica, riconosciuto dall'Atupri, si corrisponde un contributo giornaliero ai costi di cura. In caso di degenza in stabilimenti di cura a conduzione medica o in cliniche, tale contributo ammonta per ogni giorno di cura fino a:
- Ospedale combi comune CHF 60.–
 - Ospedale combi semiprivato CHF 80.–
 - Ospedale combi privato CHF 100.–
- Il contributo di cura per le cure balneari stazionarie con soggiorno in un albergo, in un appartamento di vacanza o in un altro alloggio idoneo ammonta per ogni giorno di cura fino a:
- Ospedale combi comune CHF 30.–
 - Ospedale combi semiprivato CHF 40.–
 - Ospedale combi privato CHF 50.–
- L'Atupri tiene un elenco degli stabilimenti termali, degli istituti di cura a conduzione medica riconosciuti e delle cliniche. La persona assicurata ha la libera scelta tra gli stessi. Tale elenco viene aggiornato correntemente, può essere consultato presso l'Atupri o se ne può richiedere un estratto.
- 10.2 Le prestazioni di cura vengono corrisposte al massimo durante 50 giorni nel corso di 5 anni civili. Le prestazioni di cura secondo gli articoli 11 e 12 vengono computate.
- 10.3 All'inizio della cura deve avere luogo una visita medica d'entrata e si devono eseguire terapie balneari o fisioterapeutiche in base a un piano di cura.
- 10.4 Prima d'iniziare la cura, l'assicurato presenterà all'Atupri una richiesta scritta corredata di certificato medico.

11 Cure di convalescenza

- 11.1 Se per la guarigione o la convalescenza di una malattia grave oppure delle conseguenze di un infortunio è necessario un soggiorno di cura prescritto dal medico, viene corrisposto un contributo giornaliero. In caso di degenza in stabilimenti di cura a conduzione medica o in cliniche, tale contributo ammonta per ogni giorno di cura fino a:
- Ospedale combi comune CHF 60.–
 - Ospedale combi semiprivato CHF 80.–

– Ospedale combi privato CHF 100.–.

Il contributo di cura per le cure di convalescenza in caso di degenza in istituti di cura e cliniche senza conduzione medica, ammonta per ogni giorno di cura fino a:

– Ospedale combi comune CHF 30.–

– Ospedale combi semiprivato CHF 40.–

– Ospedale combi privato CHF 50.–.

L'Atupri allestisce un elenco delle cliniche e degli istituti di cura svizzeri riconosciuti. Nel loro ambito l'assicurato ha libera scelta. Questo elenco viene aggiornato correntemente, può essere consultato presso l'Atupri o se ne può richiedere un estratto.

- 11.2 Le prestazioni di cura vengono corrisposte al massimo durante 50 giorni nel corso di 5 anni civili. Le prestazioni di cura secondo gli articoli 10 e 12 vengono computate.
- 11.3 Prima d'iniziare la cura, l'assicurato presenterà all'Atupri una richiesta scritta corredata di certificato medico.

12 Cure di disintossicazione

- 12.1 Se l'assicurato, su prescrizione medica, si trova in uno stabilimento o in un reparto dello stesso in cui sono eseguite esclusivamente, sotto direzione medica, cure di disintossicazione per alcolisti e tossicodipendenti, l'Atupri corrisponde le prestazioni previste dall'articolo 11.1 per gli istituti di cura a direzione medica.
- 12.2 L'Atupri accorda queste prestazioni al massimo durante 50 giorni nel corso di 5 anni civili. Le prestazioni di cura secondo gli articoli 10 e 11 vengono computate.
- 12.3 L'Atupri allestisce un elenco degli istituti riconosciuti. Essa adegua correntemente tale elenco che può essere consultato presso l'Atupri o se ne può richiedere un estratto.

13 Assistenza sanitaria a domicilio

- 13.1 Quando il medico ritiene opportuno che una persona assicurata ammalata sia curata a casa da un'infermiere qualificato e remunerata separatamente e può, mediante ciò, evitare o ridurre la degenza in un ospedale, l'Atupri partecipa alle spese per l'impiego a giornata intera per la durata massima di 90 giorni per anno civile. Per l'impiego a giornata non intera, l'importo dipende dal tempo di lavoro prestato. Il contributo giornaliero ammonta fino a:
- Ospedale combi comune CHF 60.–
- Ospedale combi semiprivato CHF 90.–
- Ospedale combi privato CHF 120.–.
- Per l'impiego a giornata non intera: fino ad $\frac{1}{2}$ del contributo giornaliero per ora.
- 13.2 Le prestazioni per l'assistenza sanitaria a domicilio dell'assicurazione Cure medico-sanitarie obbligatorie vengono computate prestazioni indicate al capoverso 1.
- 13.3 In caso di degenza in case medicalizzate o istituzioni simili non vengono corrisposte prestazioni per l'assistenza sanitaria a domicilio.

14 Aiuto domiciliare

- 14.1 Se il medico ritiene necessario per la persona assicurata ammalata l'ingaggio di un aiuto domiciliare diplomato o riconosciuto, l'Atupri corrisponde un contributo giornaliero alle spese che ne conseguono, durante 30 giorni per anno civile. Il contributo giornaliero ammonta fino a:
- Ospedale combi comune CHF 30.–
- Ospedale combi semiprivato CHF 45.–
- Ospedale combi privato CHF 60.–.
- 14.2 In caso di degenza in case medicalizzate o istituzioni simili non vengono corrisposte prestazioni per l'assistenza sanitaria a domicilio.

15 Prestazioni per malati cronici

- 15.1 In caso di degenza nel reparto per malati cronici di un ospedale per malattie acute, come pure in caso di ricovero di lunga durata, prescritto dal medico, in una clinica psichiatrica, le prestazioni vengono aumentate secondo la legge sull'assicurazione malattie (LAMal). Il versamento illimitato delle prestazioni suddette è soppresso, se esso ha per conseguenza una diaria di maggiore entità.
- 15.2 Le prestazioni vengono corrisposte alle persone assicurate senza obblighi di sostentamento della famiglia, soltanto nella misura in cui il 85% del reddito personale corrente (pensioni, rendite delle assicurazioni sociali come l'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti, l'assicurazione per l'invalidità, l'assicurazione militare, l'assicurazione contro gli infortuni e la previdenza professionale, gli interessi sul patrimonio, ecc., esclusi comunque gli assegni per grandi invalidi e le prestazioni complementari), non copra completamente i costi. Lo stesso vale quando entrambi i coniugi sono degenti in un ospedale.
- 15.3 Le prestazioni per i costi della cura medico-sanitaria ammontano al giorno fino a:
- Ospedale combi comune CHF 35.–
- Ospedale combi semiprivato CHF 55.–
- Ospedale combi privato CHF 75.–.
- 15.4 Le prestazioni dell'assicurazione Cure medico-sanitarie obbligatorie sono computate a quelle della Ospedale combi.

16 Trasporto di malati

- 16.1 L'Atupri assume i costi di trasporto di malati:
- a) in casi urgenti fino all'ospedale o al medico più vicino, come pure eventualmente per il ritorno a domicilio;
- b) qualora si rendesse necessario, per motivi sanitari, il trasferimento da un ospedale ad un altro adatto più vicino;
- c) in caso di trasferimento in un ospedale nel luogo di domicilio dell'assicurato o dei suoi dintorni, per motivi personali, a condizione che la degenza debba durare presumibilmente più di 5 giorni oppure se le cure ivi prodigate sono insufficienti;
- L'Atupri corrisponde inoltre un contributo supplementare per costi di ricerca, di salvataggio e di ricupero. Questo ammonta per ogni caso fino a:

- Ospedale combi comune CHF 5'000.–
- Ospedale combi semiprivato CHF 8'000.–
- Ospedale combi privato CHF 12'000.–

16.2 In caso di trattamenti che possono essere eseguiti unicamente in determinati centri terapeutici situati fuori dal luogo di dimora o dei suoi dintorni, l'Atupri prende a carico nell'arco di un anno civile, il 50% delle spese effettive, nel limite del contributo stabilito al capoverso 1. La persona assicurata è tenuta a usare, per quanto possibile, i mezzi di trasporto pubblici. Nessuna prestazione è concessa per le spese di viaggio causate da cure secondo gli articoli da 10 a 12.

17 Clinica ostetrica

Quale contributo alle spese di degenza in caso di parto in una clinica ostetrica senza mandato di prestazioni cantonale, la Atupri versa, per un massimo di 5 giorni, le seguenti prestazioni giornaliere:

- Ospedale combi comune CHF 100.–
- Ospedale combi semiprivato CHF 150.–
- Ospedale combi privato CHF 250.–

IV Varianti d'assicurazione

18 Franchigie opzionali

18.1 Se l'assicurazione Ospedale combi esisteva già prima del 1° gennaio 2006, le persone assicurate dei livelli di prestazione Ospedale combi semiprivato e Ospedale combi privato hanno la possibilità, contro una corrispondente riduzione del premio, di assumere personalmente i costi a carico dell'assicurazione fino ad un importo fisso per anno civile. Le franchigie opzionali possibili sono:

- CHF 1'000.– per anno civile, con una riduzione del 20%, al massimo comunque di CHF 41.70 al mese;
- CHF 2'000.– per anno civile, con una riduzione del 30%, al massimo comunque di CHF 83.30 al mese;
- CHF 3'000.– per anno civile, con una riduzione del 40%, al massimo comunque di CHF 125.– al mese;
- CHF 5'000.– per anno civile, con una riduzione del 60%, al massimo comunque di CHF 200.– al mese;

18.2 La scelta di una franchigia nell'esistente assicurazione Ospedale combi è possibile, a prescindere dallo stato di salute e dall'età, per il primo di un mese.

18.3 Il passaggio da una franchigia più bassa ad una più alta è possibile, a prescindere dallo stato di salute e dall'età, per la fine di un anno civile.

18.4 Il passaggio ad una franchigia più bassa è possibile la prima volta dopo una durata d'assicurazione di 3 anni, osservando un preavviso di disdetta di 3 mesi, per la fine di un anno civile.

18.5 Se l'assicurazione con franchigia opzionale è stipulata nel corso di un anno civile, la franchigia viene calcolata pro rata temporis.

18.6 Le persone assicurate con franchigia opzionale devono in primo luogo assumersi la franchigia scelta, in caso di ricorso alle prestazioni dell'assicurazione Ospedale combi. La franchigia viene addebitata soltanto in caso di degenza in un ospedale per malattie acute oppure in una clinica psichiatrica. Le franchigie sono

dovute anche in caso di maternità.

18.7 In caso di degenze ospedaliere di breve durata oltre lo scorcio dell'anno, la franchigia scelta viene riscossa solo una volta. Sono considerate degenze ospedaliere di breve durata quelle di al massimo 30 giorni.

18.8 Se le persone assicurate con franchigia opzionale si fanno ricoverare nel reparto comune secondo l'articolo 3.5, oppure se l'intervento viene eseguito ambulatorialmente secondo l'articolo 6.6, si rinuncia a riscuotere la franchigia.

18.9 Le persone che stipulano l'assicurazione Ospedale combi dal 1° gennaio 2006 o in data successiva non avranno più la possibilità di scegliere la variante d'assicurazione con franchigia opzionale.

18a Livello di prestazione Ospedale combi Opti

18a.1 Con il livello di prestazione Ospedale combi Opti la persona assicurata può scegliere liberamente il reparto prima del ricovero ospedaliero. Con la scelta del reparto corrispondente viene definita allo stesso tempo la relativa partecipazione ai costi per ogni anno civile.

18a.2 Il livello di prestazione Ospedale combi Opti viene offerto in due varianti.

18a.3 In caso di trattamento ospedaliero, a seconda del reparto scelto, per le prestazioni di Ospedale combi Opti viene richiesta la seguente partecipazione ai costi:

- Opti 1: Reparto comune: nessuna partecipazione ai costi Reparto semiprivato: 40%, max. CHF 4'000.– per anno civile; Reparto privato: 50%, max. CHF 8'000.– per anno civile;
- Opti 2: Reparto comune: nessuna partecipazione ai costi Reparto semiprivato: 20%, max. CHF 2'000.– per anno civile; Reparto privato: 30%, max. CHF 4'000.– per anno civile;

Questa partecipazione ai costi si applica anche in caso di maternità.

8a.4 Non viene richiesta alcuna partecipazione ai costi per le prestazioni con contributi massimi conformemente agli articoli da 10 a 17 nonché per le prestazioni secondo l'art. 6.6.

18a.5 Per le prestazioni con contributi massimi conformemente agli articoli da 9 a 17, per la variante Opti 1 valgono quelli del livello di prestazione Ospedale combi semiprivato e per la variante Opti 2 quelli del livello di prestazione Ospedale combi privato.

18a.6 La partecipazione ai costi prevista dalla legge per l'assicurazione Cure medico-sanitarie obbligatorie viene addebitata extra.

18a.7 Un eventuale cambio dal livello Opti 1 al livello Opti 2 è possibile non prima di una durata assicurativa di 3 anni per la fine di un anno civile, osservando un termine di preavviso di 3 mesi.

19 Variante di copertura con ampliamento della scelta ospedaliera

19.1 Contro pagamento di un supplemento di premio si può stipulare la variante di copertura con ampliamento della scelta ospedaliera. In questa variante l'Atu-

pri accorda la copertura dei costi anche per quegli ospedali che non figurano negli elenchi cantonali di pianificazione ospedaliera ai sensi dell'articolo 39 della legge sull'assicurazione malattie (LAMal). In tale contesto si applicano le tariffe massime riconosciute dall'Atupri per il relativo ospedale o istituto semistazionario.

- 19.2 Le riduzioni delle prestazioni previste nell'elenco indicato all'articolo 6.4 non vengono praticate per le persone assicurate che hanno stipulato la variante di copertura con ampliamento della scelta ospedaliera.

V Disposizioni varie

20 Esclusione di prestazioni

Dall'assicurazione Ospedale combi non vengono corrisposte prestazioni:

- 20.1 per trattamenti ambulatoriali, ad eccezione dell'articolo 6.6;
- 20.2 per spese personali (telefono, porti, TV, radio, ecc.);
- 20.3 per trattamenti in un ospedale per malattie acute che non figura nell'elenco cantonale degli ospedali, fatta eccezione per l'articolo 19.1;
- 20.4 nei casi definiti nell'articolo 31 delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per le assicurazioni supplementari secondo la legge sul contratto d'assicurazione (LCA).

L'assicuratore della salute