



OSPEDALE

Edizione 1° gennaio 2018

CONDIZIONI COMPLEMENTARI D'ASSICURAZIONE (CCA)

I Generalità

1 Oggetto dell'assicurazione

- 1.1 L'assicurazione Ospedale è un'assicurazione supplementare alle cure medico-sanitarie obbligatorie, nell'ambito delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) dell'Atupri Assicurazione della salute SA (nel prosieguo denominata Atupri) per le assicurazioni supplementari secondo la legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).
- 1.2 L'assicurazione Ospedale assume i costi non coperti altrimenti di una degenza in un ospedale per malattie acute.

2 Possibilità d'assicurazione

- 2.1 Si può scegliere tra i seguenti livelli assicurativi:

Ospedale Comune:	reparto comune
Ospedale Semiprivato:	reparto semiprivato
Ospedale Privato:	reparto privato

Ospedale Opti: a scelta reparto comune, semi-privato o privato con corrispondente partecipazione ai costi

- 2.2 Questi livelli assicurativi possono essere stipulati nelle seguenti varianti:
 - con o senza inclusione del rischio d'infortunio
 - con o senza franchigia opzionale per i livelli assicurativi Ospedale Semiprivato e Ospedale Privato a condizione che l'assicurazione esistesse già prima del 1° gennaio 2006
- 2.3 Il volume delle prestazioni di Ospedale Opti si basa sull'articolo 12 di queste CCA.

2a Stipulazione dell'assicurazione

- 2a.1 In deroga all'articolo 11.3 delle CGA ai sensi della LCA, è possibile stipulare il tipo di copertura Opti 1 per persone fino al 70° anno di età.
- 2a.2 Il passaggio successivo al tipo di copertura Opti 2 conformemente all'articolo 12.7 delle CCA Comforta

Vogliate conservare questi documenti insieme alla polizza d'assicurazione

rimane escluso per le persone che stipulano l'assicurazione dopo il compimento del 60° anno di età.

2a.3 Restano salve le disposizioni dell'articolo 11.1 delle CGA ai sensi della LCA.

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 (art. 39 cpv. 1 lett. 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.
- 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 Comune. La stipulazione prenatale dell'assicurazione per i categorie d'assicurazione Ospedale Semiprivato, Ospedale Privato e Ospedale Opti non è possibile.

4a Durata contrattuale

In integrazione all'articolo 13 delle CGA secondo la LCA, al momento della sottoscrizione di una polizza assicurativa è possibile selezionare durate minime contrattuali più lunghe pari a tre o cinque anni. Se viene concordata per la prima volta una durata minima più lunga viene concesso uno sconto sul premio.

II Prestazioni

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'assicurazione stipulata (reparto comune, semiprivato o privato) e secondo le tariffe riconosciute dall'Atupri. Atupri tiene un elenco delle tariffe riconosciute. Tale elenco può essere consultato presso Atupri o se ne può richiedere un estratto.
- 6.2 Atupri può definire tariffe massime che valgono quale criterio per l'attribuzione ai diversi reparti assicurati. 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 Atupri o se ne può richiedere un estratto.
- 6.3 Se con un intervento ambulatoriale meno costoso (trattamento semistazionario) può essere evitata una degenza stazionaria in un ospedale per malattie acute e tra il fornitore di prestazioni sanitarie presso il quale si procede all'intervento ambulatoriale e Atupri esiste un contratto, i costi d'intervento vengono assunti secondo le tariffe contrattuali dall'assicurazione Ospedale. Atupri tiene un elenco dei relativi fornitori di prestazioni sanitarie. Tale elenco viene aggiornato correntemente e può essere consultato presso Atupri o se ne può richiedere un estratto. Per i costi eccedenti le prestazioni prescritte dalla legge non viene richiesta la partecipazione ai costi.
- 6.4 Con copertura assicurativa semiprivata, privata e Opti, per i costi di una stanza per famiglie in ospedale viene versata una prestazione massima di CHF 50.- al giorno. L'addebito, conteggiato per ciascuna nascita, avviene sull'assicurazione della madre per un massimo di cinque giorni consecutivi.

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 90 giorni per anno civile.

8 Prestazioni in caso di copertura assicurativa insufficiente

- 8.1 Dal livello assicurativo Ospedale Comune viene rimborsato, in caso di degenza nel reparto semiprivato, il 40% delle prestazioni relative alla classe Ospedale Semiprivato; in caso di degenza nel reparto privato, il 20% delle prestazioni relative alla classe Ospedale Privato secondo l'articolo 6.1.
- 8.2 Dal livello assicurativo Ospedale Semiprivato viene rimborsato, in caso di degenza nel reparto privato, il 60% delle prestazioni relative alla classe Ospedale Privato secondo l'articolo 6.1.

- 8.3 In questi casi 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 della madre.

9 Prestazioni in caso di soggiorno all'estero

- 9.1 In caso di pronto soccorso Atupri assume i costi per la degenza ospedaliera all'estero. Le prestazioni per anno civile ammontano fino a:
- | | |
|----------------------|---|
| Ospedale Comune | CHF 20'000.– |
| Ospedale Semiprivato | CHF 40'000.– |
| Ospedale Privato | copertura dei costi secondo l'articolo 6.1. |
- 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 esser 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 Per fruire delle prestazioni, la persona assicurata deve inoltrare le informazioni mediche necessarie e la fattura dettagliata originale in una lingua nazionale o in inglese.
Se la persona assicurata non è in grado di fornire fatture dettagliate, allora le prestazioni vengono stabilite tenendo conto del tipo, della gravità e della durata della malattia risp. dei postumi dell'infortunio.

10 Esclusione di prestazioni

Dall'assicurazione Ospedale non vengono corrisposte prestazioni:

- 10.1 Per trattamenti ambulatoriali, ad eccezione dell'articolo 6.3.
- 10.2 Per spese personali (telefono, porti, TV, radio, ecc.).
- 10.3 Per trattamenti dentari che non fanno parte delle prestazioni obbligatorie dell'assicurazione obbligatoria delle cure medicosanitarie.
- 10.4 Per trattamento e degenza ospedaliera in caso di trapianto di organi, per i quali la Federazione svizzera per i compiti comunitari degli assicuratori di malattia (SVK) ha convenuto un prezzo fisso forfetario; ciò vale anche per le cliniche senza prezzi fissi forfetari convenuti.
- 10.5 Per trattamenti in un ospedale per malattie acute che non figura nell'elenco cantonale degli ospedali.
- 10.6 Nei casi definiti nell'articolo 31 delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per le assicurazioni supplementari secondo la legge sul contratto d'assicurazione (LCA).

III Varianti d'assicurazione

11 Franchigie opzionali

- 11.1 Se l'assicurazione Ospedale esisteva già prima del 1° gennaio 2006, le persone assicurate delle categorie d'assicurazione Ospedale Semiprivato e Ospedale Privato hanno la possibilità 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
- 11.2 La scelta di una franchigia nell'esistente assicurazione Ospedale è possibile, a prescindere dallo stato di salute e dall'età, per il primo di un mese.
- 11.3 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.
- 11.4 La revoca di una franchigia opzionale o 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.
- 11.5 Se l'assicurazione con franchigia opzionale è stipulata nel corso di un anno civile, la franchigia viene calcolata pro rata temporis.
- 11.6 Le persone assicurate con franchigia opzionale devono in primo luogo assumersi la franchigia scelta, in caso di ricorso alle prestazioni dell'assicurazione Ospedale. La franchigia viene addebitata soltanto in caso di degenza in un ospedale per malattie acute oppure in una clinica psichiatrica. La franchigia è dovuta anche in caso di maternità.
- 11.7 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 che non superano i 30 giorni.
- 11.8 Se le persone assicurate con franchigia opzionale si fanno ricoverare nel reparto comune secondo l'articolo 3.5, oppure se l'intervento viene eseguito ambulatoriamente secondo l'articolo 6.3, si rinuncia a riscuotere la franchigia; lo stesso vale per le prestazioni secondo l'articolo 6.4.
- 11.9 Le persone che stipulano l'assicurazione Ospedale dal 1° gennaio 2006 o in data successiva non avranno più la possibilità di scegliere la variante d'assicurazione con franchigia opzionale.

12 Livello assicurativo Ospedale Opti

- 12.1 Con il livello assicurativo Ospedale 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.

- 12.2 Il livello assicurativo Ospedale Opti viene offerto in due varianti.
- 12.3 In caso di trattamento ospedaliero, a seconda del reparto scelto, per le prestazioni di Ospedale Opti viene richiesta la seguente partecipazione ai costi per ogni anno civile:
- 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.
- 12.4 Non viene richiesta alcuna partecipazione ai costi per le prestazioni secondo l'articolo 6.3 e 6.4.
- 12.5 Nel caso delle prestazioni con contributi massimi conformemente all'articolo 9 vigono, per la variante Opti 1 i contributi massimi del livello assicurativo Ospedale Semiprivato e per la variante Opti 2 quelli del livello assicurativo Ospedale Privato.
- 12.6 La partecipazione ai costi prevista dalla legge per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie viene addebitata extra.
- 12.7 Un eventuale cambio dalla variante Opti 1 alla variante 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.

13 Variante assicurativa con scelta d'ospedale ampliata

- 13.1 La copertura con scelta d'ospedale ampliata può essere sottoscritta in cambio di un aumento del premio. Nell'ambito di questa variante, Atupri garantisce il rimborso dei costi anche per gli ospedali con i quali non è stato sottoscritto alcun contratto.
- 13.2 Se un ospedale di questo tipo non gestisce un reparto semiprivato, dalla variante di copertura con scelta d'ospedale ampliata viene assunto l'80% dell'importo della tariffa applicata dall'ospedale per la copertura semiprivata. Con i livelli di copertura Opti 1 e Opti 2, in questi casi la partecipazione ai costi è la stessa che si applica per un reparto privato.