

Edizione 1° gennaio 2014

## Condizioni supplementari d'assicurazione (CSA) HOSPITAL BONUS – 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 Cure balneari
- 12 Cure di convalescenza
- 13 Durata delle prestazioni per le cure
- 14 Prescrizione di cure
- 15 Cura a domicilio
- 16 Aiuto domiciliare
- 17 Durata delle prestazioni per la cura a domicilio e per l'aiuto domiciliare

#### Varianti assicurative

- 18 Variante assicurativa con secondo parere
- 19 Variante assicurativa con scelta limitata dell'ospedale
- 20 Variante assicurativa con scelta ampliata dell'ospedale
- 21 Variante assicurativa con franchigia annua opzionale
- 22 Copertura assicurativa contro gli infortuni
- 23 Posizione particolare per forme particolari d'assicurazione

#### Varie

- 24 Sistema bonus
- 25 Premi
- 26 Opzione assicurazione per cure e assistenza di lunga durata CURA
- 27 Sospensione della copertura assicurativa
- 28 Tessera d'assicurato

### In generale

#### 1 Scopo

HOSPITAL BONUS 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 BONUS = reparto ospedaliero semiprivato
- b) HOSPITAL COMFORT BONUS = reparto ospedaliero privato

### Prestazioni

#### 3 Copertura assicurativa

- 3.1 Da HOSPITAL BONUS 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 BONUS 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 BONUS 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 comune, 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:

- a) i costi di vitto e alloggio;
- b) gli onorari medici;
- c) i costi dei provvedimenti diagnostici e terapeutici scientificamente riconosciuti;
- d) la cura medica in ospedale;
- e) i costi per medicinali, materiali di medicazione, sala operatoria e anestesia;
- f) 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:

- a) HOSPITAL PLUS BONUS fino a CHF 120.– al giorno
- b) HOSPITAL COMFORT BONUS 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 BONUS, 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 90 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, per al massimo 60 giorni per anno civile, le seguenti prestazioni:

- a) HOSPITAL PLUS BONUS fino a CHF 1000.–
- b) HOSPITAL COMFORT BONUS fino a CHF 1500.–

9.2 Se una persona con la copertura assicurativa HOSPITAL COMFORT BONUS si ammala o subisce un infortunio durante un soggiorno temporaneo all'estero della durata massima di 12 mesi, vi è la piena copertura dei costi per una durata massima di 60 giorni per anno civile, a condizione che il trasporto di rientro in Svizzera non sia ragionevolmente possibile.



- 9.3 Il diritto alle prestazioni secondo il paragrafo 9.2 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 Cure balneari**
- 11.1 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 BONUS fino a CHF 60.–
  - HOSPITAL COMFORT BONUS fino a CHF 90.–
- 11.2 Vi è diritto alle prestazioni secondo il paragrafo 11.1 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.
- 11.3 In deroga alle disposizioni del paragrafo 11.1, una cura balneare può avere luogo anche in uno stabilimento termale in Europa, a condizione che siano soddisfatti i requisiti posti dal paragrafo 11.2.
- 12 Cure di convalescenza**
- 12.1 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 BONUS fino a CHF 60.–
  - HOSPITAL COMFORT BONUS fino a CHF 90.–
- 12.2 La cura di convalescenza deve essere eseguita in una casa di cura svizzera riconosciuta dall'assicuratore.
- 13 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.
- 14 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.
- 15 Cura a domicilio**
- 15.1 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 BONUS fino a CHF 60.–
  - HOSPITAL COMFORT BONUS fino a CHF 90.–
- 15.2 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.
- 15.3 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 15.1, 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 BONUS fino a 60 ore per anno civile
  - HOSPITAL COMFORT BONUS fino a 90 ore per anno civile
- 15.4 La condizione per la corresponsione di prestazioni secondo il paragrafo 15.3 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.
- 15.5 Non sono assicurati i costi per le faccende domestiche generali quali ad es. fare la spesa, lavare, stirare, fare le pulizie, ecc.
- 15.6 In caso di degenza in case di cura o in istituti simili, non si corrispondono prestazioni per la cura a domicilio.



## 16 Aiuto domiciliare

16.1 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 BONUS fino a CHF 60.–
- b) HOSPITAL COMFORT BONUS fino a CHF 90.–

16.2 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.

16.3 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.

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

## 17 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

## 18 Variante assicurativa con secondo parere

18.1 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 18.4 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.

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

18.3 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.

18.4 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 tibio-tarsale (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).

## 19 Variante assicurativa con scelta limitata dell'ospedale

19.1 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.

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

19.3 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 BONUS senza la variante assicurativa con scelta limitata dell'ospedale.



**20 Variante assicurativa con scelta ampliata dell'ospedale**

- 20.1 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.
- 20.2 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.

**21 Variante assicurativa con franchigia annua opzionale**

- 21.1 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 da HOSPITAL BONUS. La franchigia annua scelta viene addebitata soltanto per le degenze in ospedali per casi acuti o in cliniche psichiatriche.
- 21.2 Se, in caso di degenza ospedaliera, le persone assicurate con HOSPITAL PLUS BONUS 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 BONUS con una di queste franchigie annue opzionali si ricoverano nel reparto semiprivato o comune.
- 21.3 Se, in caso di degenza ospedaliera, le persone assicurate con HOSPITAL PLUS BONUS 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 BONUS con una di queste franchigie annue opzionali si ricoverano nel reparto semiprivato o comune.

**22 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.

**23 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**

**24 Sistema bonus**

Se, secondo il paragrafo 25 delle presenti CSA, nell'arco di almeno due periodi d'osservazione non viene percepita nessuna prestazione per trattamenti ambulatoriali e stazionari, questo comporta una riduzione del premio.

**25 Premi**

- 25.1 Il premio iniziale nel sistema bonus è quello fissato al 1° gennaio di un anno assicurativo, basato sull'età della persona assicurata e su varianti assicurative con riduzione o supplemento dei premi eventualmente scelte dalla persona assicurata.
- 25.2 Se nell'arco di due periodi d'osservazione, che durano dal 1° luglio al 30 giugno, la persona assicurata non percepisce prestazioni, a partire dal 1° gennaio del terzo anno beneficia di una riduzione del premio (bonus) purché non si trovi già nel grado di bonus più basso:

	Bonus in percentuale del premio iniziale	Grado di bonus
Grado di base	0%	4
Dopo un periodo d'osservazione senza fruizione di prestazioni (secondo anno)	0%	3
Dopo due periodi d'osservazione senza fruizione di prestazioni (terzo anno)	10%	2
Dopo tre periodi d'osservazione senza fruizione di prestazioni (quarto anno)	15%	1
Dopo quattro e più periodi d'osservazione senza fruizione di prestazioni (dal quinto anno)	20%	0



25.3 Se durante un periodo d'osservazione la persona assicurata percepisce prestazioni, i premi aumentano a partire dal 1° gennaio dell'anno seguente ritornando al grado del premio iniziale ai sensi del paragrafo 25.1. Ogni data di trattamento vale come fruizione di prestazioni.

25.4 Se nel periodo d'osservazione precedente vengono percepite prestazioni, a luglio la persona assicurata viene informata per iscritto al riguardo e ha la possibilità, entro il 30 settembre, di recuperare la perdita del bonus rimborsando le prestazioni versate dall'assicuratore.

25.5 Per rivendicare le prestazioni, si devono inviare all'assicuratore le fatture entro 30 giorni dalla loro ricezione. Se esse vengono inoltrate con ritardo, viene effettuata una correzione tardiva del grado di bonus. Gli sconti sui premi accordati alle persone assicurate ingiustamente vengono compensati con eventuali prestazioni dell'assicuratore o ne viene richiesta la restituzione.

## **26 Opzione assicurazione per cure e assistenza di lunga durata CURA**

26.1 Al 1° gennaio successivo al raggiungimento dell'età AVS, le persone assicurate che hanno stipulato HOSPITAL BONUS 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 BONUS variante 60
- b) HOSPITAL COMFORT BONUS variante 90

26.2 Per le persone assicurate secondo il paragrafo 26.1, 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.

26.3 In deroga alle disposizioni ordinarie di disdetta secondo il paragrafo 10 CGA, le persone assicurate ai sensi del paragrafo 26.1 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.

## **27 Sospensione della copertura assicurativa**

27.1 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.

27.2 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.

## **28 Tessera d'assicurato**

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

