

Edizione 1 gennaio 2016

## Condizioni supplementari d'assicurazione (CSA) Assicurazioni integrative ospedaliere HOSPITAL PLUS/COMFORT BONUS

### Indice

#### In generale

- 1 Scopo
- 2 Possibilità di assicurazione

#### Prestazioni

- 3 Copertura assicurativa
- 4 Necessità di ospedalizzazione
- 5 Prestazioni ospedaliere
- 6 Prestazioni in caso di copertura assicurativa insufficiente
- 7 Durata delle prestazioni
- 8 Prestazioni all'estero
- 9 Prestazioni per neonati
- 10 Cure acute e transitorie
- 11 Cure balneari e cure di convalescenza
- 12 Aiuto domiciliare

#### Varie

- 13 Variante assicurativa senza copertura infortuni
- 14 Posizione particolare per forme particolari d'assicurazione
- 15 Sistema bonus

### In generale

#### 1 Scopo

Le assicurazioni HOSPITAL PLUS BONUS e COMFORT BONUS coprono i costi di degenza e trattamento in ospedale e accordano contributi spese per le prestazioni alberghiere legate alle cure stazionarie acute e transitorie, per le cure balneari e di convalescenza e per l'aiuto domiciliare.

#### 2 Possibilità di assicurazione

Per la degenza in un ospedale esistono le seguenti possibilità di assicurazione:

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

### Prestazioni

#### 3 Copertura assicurativa

- 3.1 Le assicurazioni HOSPITAL BONUS coprono i costi di degenza e trattamento negli ospedali che soddisfano le condizioni previste al paragrafo 8.1 delle condizioni generali d'assicurazione (CGA). Per gli ospedali che non figurano negli elenchi cantonali di pianificazione e degli ospedali secondo l'articolo 39 LAMal (ospedale

figurante nell'elenco), e al fine di concretizzare suddetto principio, sussiste un diritto alle prestazioni assicurative della presente polizza soltanto qualora Helsana abbia stipulato un contratto LAMal con il rispettivo ospedale (ospedale convenzionato LAMal di Helsana).

Helsana redige una lista degli ospedali convenzionati LAMal di Helsana, che fornisce informazioni sulle prestazioni riconosciute. La lista viene costantemente aggiornata, può essere consultata presso Helsana o se ne può richiedere un estratto.

- 3.2 HOSPITAL PLUS BONUS copre, nell'ambito delle seguenti disposizioni, i costi di 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 di degenza stazionaria in una camera singola del reparto privato di un ospedale.
  - 3.4 Se in un ospedale non vigono criteri di suddivisione dei reparti o ne vigono altri, o se le tariffe di un reparto non sono riconosciute da Helsana, vengono applicate le disposizioni previste nel caso in cui l'assicurato fosse degente nel reparto privato dell'ospedale. In caso di copertura assicurativa insufficiente valgono le disposizioni del paragrafo 6 delle presenti CSA.
  - 3.5 Helsana redige una lista degli ospedali che non hanno un reparto comune, semiprivato o privato ai sensi delle precedenti disposizioni. Helsana adegua costantemente tale lista, che può essere consultata presso Helsana o di cui è possibile richiedere un estratto.
  - 3.6 La franchigia annuale prevista nella polizza viene applicata soltanto in caso di trattamenti stazionari nei reparti semiprivati o privati.  
  
Se un assicurato HOSPITAL COMFORT BONUS sceglie un reparto ospedaliero semiprivato, si rinuncia all'addebito della franchigia annua, qualora essa sia stata pattuita fino ad un ammontare di CHF 3000.-. Qualora la franchigia annua fosse superiore a CHF 3000.-, l'addebito verrà ridotto per l'ammontare di CHF 3000.-.
- #### 4 Necessità di ospedalizzazione
- Le prestazioni per terapie scientificamente riconosciute nell'ambito di una degenza ospedaliera vengono corrisposte se lo stato della persona assicurata richiede un trattamento stazionario.



## 5 Prestazioni ospedaliere

- 5.1 È da considerarsi ospedale un ospedale per casi acuti o una clinica psichiatrica che soddisfa la condizione del paragrafo 3.1.
- 5.2 In caso di trattamenti ospedalieri, le prestazioni Helsana nell'ambito delle tariffe di pertinenza riconosciute per l'ospedale in questione, comprendono:
- i costi di vitto e alloggio (prestazione alberghiere)
  - gli onorari medici
  - i costi dei provvedimenti diagnostici e terapeutici scientificamente riconosciuti
  - la cura medica in ospedale
- 5.3 Le cure dentarie secondo il paragrafo 5.2 sono coperte dall'assicurazione integrativa ospedaliera, qualora sussista un obbligo alla prestazione ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMa).

## 6 Prestazioni in caso di copertura assicurativa insufficiente

- 6.1 In caso di degenza nel reparto privato, le persone assicurate presso Helsana per il reparto ospedaliero semiprivato ricevono il 75% delle prestazioni di HOSPITAL COMFORT BONUS, al massimo comunque il 75% della tariffa riconosciuta da Helsana per il relativo ospedale.
- 6.2 Helsana redige una lista degli ospedali le cui tariffe non sono riconosciute. Tale lista viene costantemente aggiornata, può essere consultata presso l'assicuratore Helsana o se ne può richiedere un estratto.

## 7 Durata delle prestazioni

- 7.1 In caso di trattamenti ospedalieri stazionari di casi acuti oppure trattamenti riabilitativi, le prestazioni assicurative vengono corrisposte fino a quando la degenza in ospedale risulta necessaria dal profilo medico, in considerazione della diagnosi e dell'intero trattamento medico.
- 7.2 In caso di trattamento stazionario in una clinica psichiatrica, le prestazioni assicurative vengono corrisposte per un massimo di 90 giorni per anno civile fintanto che, in considerazione della diagnosi e dell'intero trattamento medico, la degenza in una clinica psichiatrica risulta necessaria dal profilo medico e non sussiste un disturbo cronico.
- 7.3 Non si corrispondono prestazioni per degenze in cliniche psichiatriche diurne e notturne.

## 8 Prestazioni all'estero

- In caso di degenza stazionaria in un ospedale per casi acuti, in una clinica di riabilitazione o in una clinica psichiatrica all'estero, vengono corrisposte le seguenti prestazioni per costi dimostrati e relativi a trattamenti scientificamente riconosciuti e mirati, nonché per il vitto e:
- HOSPITAL PLUS BONUS fino a CHF 1000.– al giorno per un massimo di 60 giorni in un anno civile, nel caso di trattamenti pianificati o di malattie e infortuni improvvisi.

## b) HOSPITAL COMFORT BONUS

- fino a CHF 1500.– al giorno per un massimo di 60 giorni in un anno civile, per trattamenti pianificati e
- di malattie e infortuni improvvisi che necessitano di trattamento stazionario nel Paese estero di soggiorno. I costi per il primo trattamento medico in un ospedale per casi acuti o in una clinica psichiatrica vengono rimborsati, senza limitazione di importo, per un massimo di 60 giorni in un anno civile, fintanto che il rientro in Svizzera non sia ragionevolmente esigibile. In caso di continuazione del trattamento in un Paese terzo, valgono le limitazioni di prestazioni previste per i trattamenti pianificati.

## 9 Prestazioni per neonati

I costi di degenza per neonati sani sono coperti per il periodo di degenza della madre nell'ospedale.

## 10 Cure acute e transitorie

In caso di cure acute e transitorie prescritte dall'ospedale dopo una degenza ospedaliera ai sensi della Legge sull'assicurazione malattie (LAMa), Helsana rimborsa i costi scoperti per vitto e alloggio come segue:

- HOSPITAL PLUS BONUS fino a CHF 120.– al giorno per un massimo di 14 giorni per anno civile
- HOSPITAL COMFORT BONUS fino a CHF 180.– al giorno per un massimo di 14 giorni per anno civile

## 11 Cure balneari e cure di convalescenza

- 11.1 In caso di cure balneari o di convalescenza, vengono corrisposti i seguenti contributi ai costi dimostrati:
- HOSPITAL PLUS BONUS fino a CHF 60.– al giorno per un massimo di 30 giorni per anno civile
  - HOSPITAL COMFORT BONUS fino a CHF 90.– al giorno per un massimo di 30 giorni per anno civile.
- 11.2 Il diritto alle prestazioni per cure balneari sussiste solo in caso di cure balneari stazionarie prescritte dal medico prima del loro inizio ed eseguite in uno stabilimento termale convenzionato ai sensi della Legge sull'assicurazione malattie (LAMa). La cura balneare deve essere stata preceduta da un trattamento intenso, riconosciuto scientificamente e mirato, ad eccezione dei casi in cui tale trattamento non sia possibile. All'inizio della cura balneare va inoltre effettuata una visita medica d'entrata e vanno eseguiti provvedimenti balneoterapici e fisici nell'ambito di un piano di cura. La durata minima di una cura balneare corrisponde a 14 giorni.
- 11.3 Su richiesta, Helsana può corrispondere prestazioni anche per cure balneari in stabilimenti termali all'estero, a condizione che siano soddisfatti i requisiti specifici al paragrafo 11.2, fatta eccezione in caso di ammissione ai sensi della Legge sull'assicurazione malattie (LAMa).
- 11.4 Il diritto a prestazioni per cure di convalescenza sussiste se tali cure sono necessarie dal profilo medico per la guarigione o la convalescenza dopo una grave malattia. Le cure di convalescenza richiedono la pre-



scrizione del medico prima del loro inizio e devono essere effettuate in un istituto di cura svizzero convenzionato Helsana.

- 11.5 La prescrizione del medico deve essere inviata a Helsana prima dell'inizio della cura, dello stabilimento termale o dell'istituto di cura e della data dell'inizio della cura.

## 12 Aiuto domiciliare

- 12.1 Se una persona assicurata, in virtù di una prescrizione medica e in seguito a un'incapacità lavorativa del 100%, necessita di un aiuto domiciliare a causa del suo stato di salute e delle sue condizioni familiari e qualora tale misura permetta di evitare o ridurre una degenza ospedaliera o un soggiorno di cura di convalescenza, vengono corrisposte le seguenti prestazioni per i costi dimostrati:
- HOSPITAL PLUS BONUS fino a CHF 60.– al giorno per un massimo di 30 giorni per anno civile
  - HOSPITAL COMFORT BONUS fino a CHF 90.– al giorno per un massimo di 30 giorni per anno civile.
- 12.2 Per aiuto domiciliare è da intendersi una persona che, lavorando per conto proprio o per un'organizzazione, si occupa delle faccende domestiche in vece dell'assicurato.
- 12.3 Per aiuto domiciliare può essere riconosciuto anche chi si occupa delle faccende domestiche di un assicurato malato, subendo in tal modo una perdita di salario dimostrabile nell'ambito della propria attività professionale.
- 12.4 In caso di degenza in case di cura o istituti simili, le prestazioni per l'aiuto domiciliare non vengono corrisposte.

## Varie

### 13 Variante assicurativa senza copertura infortuni

La copertura assicurativa per conseguenze di infortuni può essere esclusa ottenendo una riduzione sul premio. Un reinserimento o nuova inclusione della copertura infortuni senza esame dello stato di salute è possibile fino al 70° anno d'età compiuto.

### 14 Posizione particolare per forme particolari d'assicurazione

Per gli assicurati che hanno stipulato altre forme particolari di assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie secondo la LAMal (ad es. HMO, altri modelli per il medico di famiglia o altri modelli assicurativi con limitazione nella scelta dei fornitori di prestazioni), valgono anche per la presente assicurazione le disposizioni restrittive sulle prestazioni, come disciplinato nelle rispettive condizioni generali di assicurazione.

## 15 Sistema bonus

Se nell'arco di almeno due periodi di osservazione non viene percepita nessuna prestazione per trattamenti ambulatoriali e stazionari, è prevista una riduzione del premio.

- 15.1 Il premio iniziale nel sistema bonus è quello fissato al 1° gennaio di un anno assicurativo, basato sull'età della persona assicurata e sulle varianti assicurative che prevedono una riduzione o un supplemento dei premi, eventualmente scelte dall'assicurato.
- 15.2 Se nell'arco di due periodi di osservazione, che durano dal 1° luglio al 30 giugno, la persona assicurata non percepisce prestazioni, questa beneficia di una riduzione del premio (bonus) a partire dal 1° gennaio del terzo anno, 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 di osservazione senza fruizione di prestazioni (secondo anno)	0 %	3
dopo due periodi di osservazione senza fruizione di prestazioni (terzo anno)	10 %	2
dopo tre periodi di osservazione senza fruizione di prestazioni (quarto anno)	15 %	1
dopo quattro e più periodi di osservazione senza fruizione di prestazioni (dal quinto anno)	20 %	0

- 15.3 Se durante un periodo di osservazione la persona assicurata percepisce prestazioni, i premi aumentano a partire dal 1° gennaio dell'anno seguente ritornando al grado del premio iniziale, come previsto al paragrafo 15.1. Ogni data di trattamento vale come fruizione di prestazioni.
- 15.4 Se nel periodo di osservazione precedente vengono percepite prestazioni, la persona assicurata viene informata nel mese di luglio per iscritto a questo riguardo. L'assicurato ha la possibilità, entro il 30 settembre, di recuperare la perdita del bonus rimborsando le prestazioni versate da Helsana.



- 15.5 Per rivendicare le prestazioni, si devono inviare a Helsana 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 non correttamente accordati agli assicurati vengono compensati con eventuali prestazioni da Helsana oppure ne viene richiesta la restituzione.

