

Condizioni speciali per l'assicurazione malattie complementare (con copertura sussidiaria dell'infortunio)

Ultra Varia

Edizione 08.2022

Assicurazione complementare delle spese ospedaliere nel reparto privato, con premio evolutivo secondo l'età effettiva dell'assicurato

Articolo 1 - Cure ospedaliere

1.1 In caso di ospedalizzazione nel reparto privato di un istituto ospedaliero che ha ottenuto le autorizzazioni d'esercizio richieste dal diritto cantonale (di seguito «Istituto»), e a complemento delle prestazioni assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, Assura SA indennizza le spese di cura, comprese quelle dispensate da un medico dell'Istituto durante l'ospedalizzazione (di seguito «Medico riconosciuto») e le spese alberghiere, fatte salve le limitazioni previste dalle Condizioni generali d'assicurazione e dalle presenti Condizioni speciali d'assicurazione, segnatamente il seguente articolo 1.6. Questa categoria d'assicurazione non si estende tuttavia agli obblighi d'assunzione dei Cantoni, ai sensi della LAMal, relativi alle spese ospedaliere e semiospedaliere al di fuori del luogo di residenza dell'assicurato.

1.2 Tali prestazioni sono accordate senza limiti di durata.

1.3 L'assicurato autorizza Assura SA a concordare con i fornitori di prestazioni (in particolare Istituti, Medici riconosciuti, ecc.) che le prestazioni possano essere pagate direttamente a tali fornitori in base al sistema del terzo pagante.

1.4 **Prima di qualsiasi ospedalizzazione, e salvo in casi di emergenza, l'assicurato e/o il suo fornitore di prestazioni (Istituto, Medico riconosciuto, ecc.) deve sottoporre una richiesta preliminare di garanzia ad Assura SA.** Una presa a carico da parte di Assura SA è concessa a condizione che sia rilasciata una garanzia d'ospedalizzazione che delimiti la copertura assicurativa relativa alla degenza ospedaliera. In mancanza di tale garanzia Assura SA non concederà alcuna prestazione.

1.5 Dopo aver ricevuto la richiesta di garanzia di ospedalizzazione, Assura SA si riserva espressamente il diritto di subordinare la concessione delle prestazioni alla stesura di un preventivo dettagliato che consenta di verificare che il fornitore di prestazioni (Istituto, Medico riconosciuto, ecc.) rispetti i principi di trasparenza, di divieto di doppia fatturazione rispetto alla LAMal e di economicità della cura, vale a dire che si limiti a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura. Se il preventivo è accettato da Assura SA, quest'ultima rilascia una garanzia preliminare d'ospedalizzazione che delimita la copertura concessa per la presa a carico. Assura SA ha il diritto di rifiutare qualsiasi fattura non conforme al preventivo accettato, senza giustificazione medica accertata, e/o in caso d'inosservanza dei principi di cui all'art. 1.6.

1.6 Al fine della presa a carico, la fattura del fornitore di prestazioni (Istituto, Medico riconosciuto, ecc.) non deve essere considerata abusiva e deve in particolare rispettare i principi di trasparenza, di divieto di doppia fatturazione rispetto alla LAMal e di economicità della cura, ossia limitarsi a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura.

1.7 Assura SA tiene **una lista (di seguito la «Lista») dei fornitori di prestazioni (in particolare Istituti, Medici riconosciuti, ecc.) con i quali non ha sottoscritto una convenzione tariffaria. L'assunzione dei costi di tali fornitori di prestazioni da parte di Assura SA è esclusa o soggetta a condizioni**, quali, segnatamente, l'accettazione da parte di Assura SA di un preventivo dettagliato preliminare che rispetti le condizioni di cui all'art. 1.5. **Tutte le esclusioni e le condizioni sono stabilite e descritte da Assura SA nella Lista.**

1.8 Assura SA ha il diritto di modificare unilateralmente in qualsiasi momento la Lista di cui all'art. 1.7. La modifica di tale Lista non conferisce alcun diritto di recesso all'assicurato, che può tuttavia esercitare il suo diritto di libero passaggio secondo l'art. 6. L'assicurato può ottenere tale Lista su richiesta in qualsiasi momento e gratuitamente presso Assura SA o consultarla sul sito assura.ch. **È determinante la Lista valida al momento della richiesta di garanzia indirizzata ad Assura SA o, qualora non fosse disponibile e in caso di emergenza, quella in vigore all'inizio della degenza ospedaliera.**

1.9 L'assicurato deve farsi curare in un Istituto o in un reparto ospedaliero corrispondente al tipo di cure di cui necessita. In caso contrario le prestazioni sono calcolate conformemente alle tariffe dell'ospedale pubblico adatto più vicino al suo luogo di domicilio.

1.10 **In caso d'emergenza** l'assicurato può farsi curare da qualsiasi fornitore di prestazioni (Istituto, Medico riconosciuto, ecc.) **che non figura sulla Lista di cui all'art. 1.7.**

1.11 Quando l'assicurato sceglie liberamente di soggiornare nel reparto comune di un istituto pubblico o sovvenzionato dall'ente pubblico, anziché nel reparto privato, Assura SA gli accorda un'indennità giornaliera d'ospedalizzazione di CHF 150, fino ad un importo massimo di CHF 1'500. Tale indennità ammonta a CHF 50, fino a un importo massimo di CHF 500, quando la degenza ospedaliera ha luogo in un istituto ospedaliero che figura sulla lista degli istituti riconosciuti ai sensi delle categorie Optima e Optima Plus.

Articolo 2 - Spese di sorveglianza speciale

Assura SA assume le spese cagionate da una sorveglianza speciale in caso di ospedalizzazione fino a concorrenza di una fatturazione per anno civile di CHF 1'000.

Articolo 3 - Cure all'estero

La cura all'estero (pianificata o in caso di emergenza) è coperta fino a concorrenza della tariffa privata usuale applicabile nel Cantone di domicilio dell'assicurato. In caso di cura pianificata all'estero, l'assicurato deve ottenere l'accordo preliminare di Assura SA e del suo medico di fiducia. In mancanza di tale accordo, Assura SA ha il diritto di rifiutare la concessione delle prestazioni.

Articolo 4 - Assistenza all'estero e rimpatrio

Le spese d'assistenza e di rimpatrio di un assicurato sono coperte conformemente alla convenzione d'assistenza turistica conclusa tra Assura SA e l'organo d'assistenza. Le disposizioni di tale convenzione costituiscono parte integrante delle presenti CSC.

Articolo 5 - Premio assicurativo

5.1 In deroga all'articolo 12 delle CGA, il premio assicurativo aumenta di norma in funzione dell'età effettiva dell'assicurato.

5.2 L'adattamento del premio avviene il 1° gennaio dell'anno in cui l'assicurato compie l'età di 19, 26, 31, 36, 41, 46, 51, 56, 61, 66, 71, 76, 81, 86 e 91 anni.

Articolo 6 - Libero passaggio

L'assicurato ha il diritto di chiedere in qualsiasi momento il libero passaggio ad un prodotto di assicurazione ospedaliera integrato in un portafoglio aperto di Assura SA che offre prestazioni simili meno estese («downgrade»), previo adeguamento del premio. Il passaggio non comprende i prodotti che coprono unicamente la maternità ed entra in vigore dal 1° gennaio dell'anno successivo.

Articolo 7 - Limitazione della copertura

Contrariamente a quanto stabilito all'articolo 4 delle Condizioni generali per l'assicurazione malattie complementare (CGA), i trattamenti di **rieducazione** e di **riabilitazione** sono coperti. Per contro, gli altri casi previsti all'articolo 4 CGA non sono coperti, in particolare le **affezioni in corso al momento della firma della proposta d'assicurazione**, i **postumi d'infortunio verificatosi prima della firma della proposta d'assicurazione**, le **malattie psichiche**, le **cure palliative** e l'**obesità**. Non è altresì coperta la **maternità** (ai sensi dell'**art. 2.6 CGA** e secondo i casi di cui all'**art. 4.1.6 CGA**).

Assura SA