

Assicurazione delle spese d'ospedalizzazione (H)

Condizioni speciali in complemento alle CGA
Edizione: 01.2023

Contratto

Scopo e condizioni H art. 1

- 1 La KPT Assicurazioni SA si fa carico delle prestazioni di seguito elencate dall'art. 4 all'art. 11, in particolare modo dei costi dei trattamenti stazionari in una struttura da noi contrattualmente riconosciuta, in complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o della nostra assicurazione malattie facoltativa.
- 2 Le seguenti strutture sono da noi **riconosciute**:
 - ospedali svizzeri per cure acute, cliniche di riabilitazione o cliniche psichiatriche presenti nell'elenco ospedaliero del cantone di domicilio o di ubicazione che hanno ricevuto un mandato di prestazione valido per il trattamento previsto (ospedale presente nell'elenco ospedaliero) o che hanno stipulato una convenzione con la KPT Cassa malati SA (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal) conformemente all'art. 49a cpv. 4 LAMal (ospedale convenzionato); e
 - che al momento dell'inizio del trattamento stazionario hanno stipulato con noi una convenzione tariffale valida, secondo la quale loro e i medici curanti fatturano.
- 3 Disponiamo di un **elenco delle strutture non riconosciute**, che non soddisfano le condizioni previste dal cpv. 2, e per le prestazioni delle quali **non rimborsiamo alcun costo (elenco delle eccezioni)**.
- 4 Per **determinate strutture non riconosciute** possiamo **farci carico di una parte dei costi** e fino ad un importo massimo stabilito in anticipo. Tali strutture sono state inserite in un elenco specifico (**elenco delle tariffe di compiacenza**). È sempre determinante la versione dell'elenco delle tariffe di compiacenza in vigore al momento dell'inizio del trattamento stazionario.
- 5 Ci impegniamo a pubblicare sul nostro sito Internet la versione aggiornata dell'elenco delle eccezioni previsto dal cpv. 3 e dell'elenco delle tariffe di compiacenza previsto dal cpv. 4.

Varianti assicurative H art. 2

- 1 È possibile scegliere tra le seguenti varianti assicurative:
 - Assicurazione delle spese d'ospedalizzazione COMUNE
 - Assicurazione delle spese d'ospedalizzazione SEMIPRIVATO
 - Assicurazione delle spese d'ospedalizzazione PRIVATO
 - Assicurazione delle spese d'ospedalizzazione PRIVATO MONDO
- 2 Gli assicurati con variante COMUNE, SEMIPRIVATO o PRIVATO hanno diritto alla copertura dei costi delle prestazioni della relativa classe, nella misura prevista dall'art. 11 H, erogate dalle strutture riconosciute previste dall'art. 1 cpv. 2 H.
- 3 Gli assicurati con variante PRIVATO MONDO hanno una copertura integrale nella misura prevista dall'art. 11 H anche se le condizioni previste dall'art. 1 cpv. 2 non sono soddisfatte.

Obblighi della persona assicurata H art. 2a

Prima di ogni degenza ospedaliera pianificabile occorre assicurarsi che la struttura nella quale avviene il trattamento non figuri nell'elenco delle eccezioni aggiornato previsto dall'art. 1 cpv. 3 H, o se la copertura dei costi è prevista solamente sulla base dell'elenco delle tariffe di compiacenza ai sensi dell'art. 1 cpv. 4 H.

Franchigia annuale per la degenza ospedaliera H art. 3

- ¹ Nel periodo in cui il contratto è in vigore, l'assicurato ha diritto a richiedere o ad aumentare la franchigia annuale in qualsiasi momento. La nuova franchigia verrà applicata per intero per l'anno in corso.
- ² È possibile annullare o ridurre la franchigia annuale per la fine di ogni anno rispettando un preavviso di 3 mesi. Ciò ci autorizza a richiedere un esame del rischio.
- ³ Nel caso in cui la durata di una degenza ospedaliera sia a cavallo di due anni civili, la franchigia annuale si applica una sola volta. Per il calcolo della stessa è determinante l'anno civile in cui la degenza ha avuto inizio.

Prestazioni

Psichiatria H art. 4

Per i trattamenti stazionari in una struttura da noi riconosciuta secondo l'art. 1 cpv. 2 H eroghiamo le prestazioni previste per il reparto assicurato. Se è necessario un nuovo ricovero entro 180 giorni, sommiamo i giorni di ricovero precedenti. La durata massima delle prestazioni è di 720 giorni.

Rooming-in H art. 5

Per ogni degenza ospedaliera in un ospedale per cure acute da noi riconosciuto secondo l'art. 1 cpv. 2 H, rimborsiamo per una durata di 14 giorni un'aliquota giornaliera per un accompagnatore che pernotta nell'ospedale.

Parto H art. 6

L'assicurazione delle spese d'ospedalizzazione della madre rimborsa:

- i costi per la degenza e le cure del neonato sano,
- un'aliquota giornaliera per l'aiuto domiciliare in caso di parto a domicilio o in una clinica ostetrica,
- un'aliquota giornaliera, per una durata di 5 giorni, per i costi del parto in un centro di assistenza al parto senza mandato di prestazione di un cantone.

Cure H art. 7

- ¹ Le cure devono essere effettuate subito dopo un trattamento medico intensivo e devono essere comunicate a noi, entro 14 giorni prima dell'inizio delle stesse, tramite prescrizione medica con l'indicazione dello stabilimento di cura e della data d'inizio.
- ² Per le cure balneari con trattamenti terapeutici presso stazioni balneari svizzere riconosciute, ci facciamo carico dell'aliquota giornaliera per un periodo massimo di 42 giorni nell'arco di 5 anni civili.
- ³ Per le cure di convalescenza in uno stabilimento di cura a conduzione medica riconosciuto dall'associazione di categoria santésuisse, ci facciamo carico dell'aliquota giornaliera per un periodo massimo di 30 giorni per anno civile.
- ⁴ **Non ci facciamo carico di nessun'altra prestazione per altre cure** che non soddisfino le condizioni di cui sopra, e più nello specifico per le cure in case di riposo, alberghi, appartamenti di vacanza, soggiorni in centri terapeutici o comunità per tossicodipendenti, per cure effettuate all'estero e cure di disintossicazione o prevenzione.

Assistenza a domicilio e cure a domicilio H art. 8

Ci facciamo carico dei costi per l'assistenza a domicilio o per le cure a domicilio se prescritte da un medico e se erogate subito dopo una degenza ospedaliera o un'operazione ambulatoriale, per un periodo di 60 giorni secondo il reparto assicurato:

- per l'assistenza a domicilio,
- per le cure a domicilio effettuate da familiari che dispongono dell'appropriata formazione professionale. Le prestazioni di cure a domicilio sono parimenti erogate nella misura in cui permettono di evitare una degenza ospedaliera.

Queste prestazioni non possono essere cumulate con le prestazioni per le cure. In caso di prestazioni erogate da familiari, per questi ultimi è necessaria un'attestazione di perdita di guadagno.

Trasporti d'urgenza, salvataggio e recupero *H art. 9*

- ¹ In Svizzera ci facciamo carico dei costi:
 - per i trasporti d'urgenza necessari dal punto di vista medico fino all'ospedale idoneo più vicino per il trattamento stazionario,
 - per azioni di salvataggio e di recupero necessarie dal punto di vista medico.
- ² All'estero ci facciamo carico dei costi per i trasporti d'urgenza necessari dal punto di vista medico fino all'ospedale idoneo più vicino per il trattamento stazionario.
- ³ Rimborsiamo i costi per le operazioni di ricerca che sono direttamente legate ad un'azione di salvataggio o di recupero necessarie dal punto di vista medico.
- ⁴ **Non ci facciamo carico delle spese di trasporto per il rimpatrio o di trasporto di salme.**

Estero *H art. 10*

Se ci si reca all'estero per un trattamento, ci facciamo carico delle prestazioni menzionate solo nei casi in cui per motivi medici in Svizzera non si possa ottenere un trattamento equivalente. La nostra autorizzazione deve imperativamente essere richiesta in anticipo.

Panoramica *H art. 11*

Prestazioni	Comune	Semiprivato	Privato	Privato Mondo
al giorno				
– Ospedale per cure acute		Copertura totale dei costi nel reparto assicurato.		
– Psichiatria		Copertura totale dei costi nel reparto assicurato.		
dal 1° al 90° giorno		Copertura totale dei costi nel reparto assicurato.		
dal 91° al 180° giorno	CHF 60.–	CHF 120.–	CHF 200.–	CHF 200.–
dal 181° al 720° giorno	CHF 20.–	CHF 30.–	CHF 50.–	CHF 50.–
– Rooming in	CHF 50.–	CHF 50.–	CHF 50.–	CHF 50.–
– Centro di assistenza al parto	CHF 100.–	CHF 200.–	CHF 300.–	CHF 300.–
– Cure balneari	CHF 20.–	CHF 40.–	CHF 60.–	CHF 60.–
– Cure di convalescenza	CHF 20.–	CHF 40.–	CHF 60.–	CHF 60.–
– Assistenza a domicilio/Cure a domicilio	CHF 20.–	CHF 30.–	CHF 50.–	CHF 50.–
per trasporto				
– Trasporto d'urgenza in Svizzera		Copertura totale dei costi.		



KPT, Casella postale, CH-3001 Berna
kpt.ch

Prestazioni	Comune	Semiprivato	Privato	Privato Mondo
– Estero	fino a CHF 2'000.–	fino a CHF 3'000.–	fino a CHF 6'000.–	fino a CHF 6'000.–
per evento				
– Salvataggio/ Recupero in Svizzera			fino a CHF 20'000.–	
Riabilitazione stazionaria	Copertura totale dei costi nel reparto assicurato per un massimo di 60 giorni nell'arco di 5 anni civili.			
Prestazioni ospedaliere all'estero	In tutto il mondo: fino a CHF 20'000.–	Europa, paesi del Mediterraneo: copertura totale dei costi. Resto del mondo: fino a CHF 50'000.–	In tutto il mondo: copertura totale dei costi. Eccezione: USA e Canada fino a CHF 100'000.–	Copertura totale dei costi

Viaggi e vacanze all'estero *H art. 12*

Per un periodo di 8 settimane (56 giorni) per anno civile lei beneficia di un'assicurazione per viaggi e vacanze all'estero con copertura dei costi di guarigione, assistenza a persone, perdita/danneggiamento del bagaglio fino a CHF 2'000.–, spese di annullamento fino a CHF 20'000.– e protezione giuridica per l'estero fino a CHF 300'000.–. Questa copertura si basa sulle Condizioni generali di assicurazione dell'assicurazione viaggi e vacanze, edizione a partire dal 01.2020, consultabili sul sito kpt.ch/assicurazione_viaggi.

Le prestazioni dell'assicurazione viaggi e vacanze, edizione a partire dal 01.2020, non sono cumulabili con le prestazioni di altre assicurazioni della KPT Assicurazioni SA (in particolare quelle dell'assicurazione viaggi e vacanze inclusa nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie Plus/Comfort) e sono limitate a un massimo di 8 settimane (56 giorni) per anno civile.

Divieto di cessione *H art. 13*

Il vostro credito nei nostri confronti non può essere ceduto a terzi senza la nostra autorizzazione scritta (divieto di cessione).

Costi non assicurati *H art. 14*

I seguenti beni e servizi a pagamento non sono considerati costi ospedalieri: utilizzo di mezzi di comunicazione; noleggio di dispositivi audiovisivi e relativo contenuto; tabacchi; incombenze in caso di decesso; spese amministrative. Fanno eccezione accordi individuali stipulati tra noi e la struttura a favore dell'assicurato.

Non assicurati sono anche i costi dovuti a sanzioni in seguito a comportamenti contrari al sistema dei modelli di assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con possibilità di scelta limitata.



KPT, Casella postale, CH-3001 Berna
kpt.ch

Fasce d'età

Passaggio alla fascia d'età successiva H art. 15

L'ammontare del premio della sua assicurazione complementare è calcolato applicando una tariffa che dipende dall'età anagrafica. Il passaggio alla fascia d'età successiva comporta normalmente un aumento del premio e avviene in data 1° gennaio dell'anno in cui si raggiunge l'età di riferimento.

In caso di sottoscrizione fino ad un'età di 50 anni si applicano le seguenti fasce di età: 0-18; 19-25; 26-30; 31-35; 36-40; 41-45; 46-50; 51-55; 56-60; 61-65; oltre i 66 anni.

In caso di sottoscrizione a partire da un'età di 51 anni si applicano le seguenti fasce di età: 51-55; 56-60; 61-65; 66-70; oltre i 71 anni.

Berna, 1° gennaio 2023
KPT Assicurazioni SA