



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

Assicurazione delle spese d'ospedalizzazione Flex Top

Condizioni speciali in complemento delle CGA
Edizione 07.2023

Contratto

Scopo e condizioni Flex Top art. 1

- ¹ La KPT Assicurazioni SA si fa carico delle prestazioni di cui ai seguenti art. 3 a 15 Flex Top, e segnatamente dei costi di un trattamento stazionario in una struttura riconosciuta, a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, rispettivamente della nostra «Assicurazione malattie facoltativa (F)».
- ² Consideriamo come riconosciute le seguenti strutture:
 - ospedali per cure acute, cliniche di riabilitazione o cliniche psichiatriche in Svizzera presenti nell'elenco ospedaliero del cantone di domicilio o di ubicazione che hanno ricevuto un mandato di prestazione valido per il trattamento previsto (ospedale figurante nell'elenco) o che hanno stipulato una convenzione con la KPT Cassa malati SA (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal) secondo l'art. 49a cpv. 4 LAMal (ospedale convenzionato); e
 - che hanno stipulato con noi una convenzione tariffale valida all'inizio del trattamento, in base alla quale le stesse strutture e i medici curanti effettuano la fatturazione.
- ³ Teniamo un **elenco dei fornitori di prestazioni non riconosciuti**, che non soddisfano le condizioni di cui al cpv. 2 e per le prestazioni dei quali non copriamo alcun costo («elenco delle eccezioni»).
- ⁴ I **costi di determinate strutture non riconosciute** possono essere **coperti** da noi solo **parzialmente** e fino a un importo massimo. La copertura effettiva dei costi le viene comunicata prima dell'inizio del trattamento nell'ambito della garanzia di pagamento. Queste strutture sono repertorate in un elenco separato (**«elenco delle tariffe di compiacenza»**). È sempre determinante la versione dell'«elenco delle tariffe di compiacenza» in vigore all'inizio del trattamento stazionario.
- ⁵ Ci impegniamo a pubblicare una versione aggiornata dell'«elenco delle eccezioni» e dell'«elenco delle tariffe di compiacenza» sul nostro sito web. Gli elenchi possono essere trasmessi in formato cartaceo su richiesta.
- ⁶ Le modifiche all'«elenco delle eccezioni» e all'«elenco delle tariffe di compiacenza» non conferiscono un diritto di disdetta alla persona assicurata.

Obblighi della persona assicurata Flex Top art. 2

Prima di ogni degenza ospedaliera pianificabile si deve accertare che la struttura in cui desidera farsi curare non figuri nella versione aggiornata dell'«elenco delle eccezioni» oppure che sia garantita soltanto una copertura dei costi secondo l'«elenco delle tariffe di compiacenza».



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

Prestazioni

Libera scelta dei reparti (comune, semiprivato, privato) per i trattamenti stazionari

Flex Top art. 3

Prima di iniziare un trattamento stazionario, lei sceglie in quale reparto (comune, semiprivato o privato) desidera farsi curare e soggiornare.

Partecipazione ai costi per degenze ospedaliere stazionarie *Flex Top art. 4*

Per le prestazioni in reparto comune non addebitiamo alcuna partecipazione ai costi da questa assicurazione complementare; tuttavia, nel reparto semiprivato o privato lei deve corrispondere la partecipazione ai costi stabilita nella polizza.

Le partecipazioni ai costi applicabili alle degenze ospedaliere stazionarie sono le seguenti:

Reparto	Partecipazione ai costi
Reparto comune	Nessuna partecipazione ai costi
Reparto semiprivato	CHF 150/giorno di ospedalizzazione
Reparto privato	CHF 250/giorno di ospedalizzazione

La sua partecipazione massima ai costi in ciascun anno civile si eleva a CHF 4'000. Fino al termine dell'anno in cui compie 18 anni di età, la partecipazione massima ai costi in ciascun anno civile ammonta a CHF 2'000.

La partecipazione ai costi per ciascun giorno di ospedalizzazione e la partecipazione massima ai costi in ciascun anno civile possono essere modificate ogni anno sulla base delle disposizioni regolamentari. Qualora venga apportata una tale modifica, la informeremo in forma scritta. Qualora non fosse d'accordo con la modifica, ha il diritto di rescindere l'assicurazione per la data della modifica. Se non riceviamo la sua disdetta entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di modifica, quest'ultima sarà considerata accettata da lei.

Ospedalizzazione stazionaria in Svizzera *Flex Top art. 5*

- ¹ Copriamo i costi di cura e di degenza ospedaliera stazionaria nel reparto comune, semiprivato o privato in ospedali e strutture di riabilitazione che al momento del trattamento corrispondono ai requisiti di cui all'art. 1 cpv. 2 Flex Top.
- ² Per i trattamenti pianificabili, la nostra **garanzia di pagamento** per il fornitore di prestazioni e il reparto prescelti deve essere rilasciata al più tardi al momento dell'ammissione presso il fornitore di prestazioni. In caso di **urgenza** ci deve essere richiesta al più presto una garanzia di pagamento per il fornitore di prestazioni e il reparto prescelti. L'ottenimento della garanzia di pagamento è di competenza del fornitore di prestazioni.
- ³ La garanzia di pagamento viene rilasciata dalla KPT se le condizioni per la prestazione sono rispettate. Se le condizioni per la prestazione non sono rispettate, la KPT non rilascia la garanzia di pagamento e non rimborsa alcun costo.

Interventi ambulatoriali *Flex Top art. 6*

Nell'ambito di un intervento o di un'operazione ambulatoriale (per ambulatoriale si intende che la data di ammissione corrisponde alla data di dimissione) in una struttura riconosciuta, paghiamo, a complemento dell'assicurazione di base secondo la LAMal, il 75% dei costi, fino a max. CHF 1'000 per anno civile, per le prestazioni elencate di seguito:

- Costi per la libera scelta del medico
- Spese supplementari per la degenza nella struttura riconosciuta a seguito di un intervento ambulatoriale
- Spese di trasporto effettive in relazione con l'intervento ambulatoriale per l'andata ed il ritorno della persona assicurata e di una persona accompagnatrice, fino ad un massimo di CHF 200 per ciascun intervento
- Spese di alloggio non necessarie dal profilo medico, incluso il vitto per la persona assicurata e una persona accompagnatrice, il giorno stesso dell'intervento, nonché il giorno precedente e l'indomani dello stesso, fino ad un massimo di max. CHF 200 a notte (totale per entrambe le persone)
- Consegne dei pasti dopo l'intervento, max. CHF 50 al giorno per max. 7 giorni dopo l'intervento
- Assistenza per la custodia dei figli propri o affiliati, per le persone bisognose di cure che in precedenza venivano seguite privatamente dalla persona assicurata e per la custodia di animali domestici a cura di professionisti preposti (ad es. pensioni per animali), max. CHF 100 al giorno, il giorno dell'intervento e fino a max. 7 giorni dopo l'intervento

Trattamenti ospedalieri all'estero *Flex Top art. 7*

In virtù dell'art. 36 OAMal, all'estero copriamo soltanto i trattamenti seguenti:

- Urgenze: si verifica un'urgenza quando lei necessita di un trattamento medico durante un soggiorno temporaneo all'estero e il rientro in Svizzera è inopportuno. Non vi è urgenza se si reca all'estero appositamente per sottoporsi al trattamento.
- Trattamenti che non possono essere forniti in Svizzera per ragioni mediche. In questo caso, è imperativo ottenere in anticipo la nostra autorizzazione.

Psichiatria *Flex Top art. 8*

Per i trattamenti stazionari in una delle strutture da noi riconosciute secondo l'art. 1 cpv. 2 Flex Top forniamo le prestazioni nel reparto prescelto, dopo deduzione della partecipazione ai costi, durante al max. 90 giorni per anno civile. Se è necessario un nuovo ricovero entro 180 giorni, sommiamo i giorni di ricovero precedenti.

Rooming-in/Cure/Assistenza domestica *Flex Top art. 9*

Per ciascuna categoria, copriamo al max. CHF 50 al giorno per le prestazioni seguenti:

Rooming-in

Per la sua degenza in un ospedale per cure acute riconosciuto da noi ai sensi dell'art. 1 cpv. 2 Flex Top, paghiamo per max. 30 giorni per anno civile l'aliquota giornaliera per le spese di vitto e alloggio di una persona accompagnatrice, qualora pernotti in ospedale.

Cure

- ¹ Le cure devono aver luogo immediatamente dopo un trattamento medico intenso e ci devono venir notificate almeno 14 giorni prima dell'inizio delle cure per mezzo di una prescrizione medica con indicazione dello stabilimento di cura e della data di inizio. Nel complesso, eroghiamo l'aliquota giornaliera per le cure per un totale di 30 giorni per anno civile.
- ² Per le cure balneari prescritte da un medico con trattamenti terapeutici in stabilimenti di cura balneare riconosciuti in Svizzera, eroghiamo l'aliquota giornaliera per un massimo di 30 giorni per civile.
- ³ Per le cure di convalescenza in uno stabilimento di cura a conduzione medica riconosciuto dalla KPT eroghiamo l'aliquota giornaliera per un massimo di 30 giorni per anno civile. Disponiamo di una lista degli stabilimenti di cura riconosciuti che può essere consultata o richiesta presso la nostra società.
- ⁴ **Non forniamo prestazioni per tutte le altre cure** che non rispettano le condizioni sopraindicate, segnatamente cure in stabilimenti di convalescenza e alberghi non riconosciuti da noi e che non figurano nell'elenco «Case di cura e stabilimenti di cura balneare riconosciuti», o i soggiorni in case per le vacanze, in stabilimenti terapeutici o comunità terapeutiche per persone dipendenti, le cure all'estero nonché le cure di disassuefazione e prevenzione.
- ⁵ Le modifiche all'elenco «Case di cura e stabilimenti di cura balneare riconosciuti» non conferiscono un diritto di disdetta alla persona assicurata.

Assistenza domestica e cure a domicilio

Versiamo l'aliquota giornaliera per un massimo di 30 giorni per anno civile per le spese di assistenza domestica o cure a domicilio prescritte da un medico immediatamente dopo una degenza ospedaliera o un intervento ambulatoriale:

- per l'assistenza domestica sulla base di una fattura dettagliata completata dal calendario degli interventi,
- per le cure a domicilio effettuate da familiari con idonea formazione.

Le prestazioni di cura a domicilio vengono accordate anche se permettono di evitare una degenza ospedaliera. Queste prestazioni non sono cumulabili con altre prestazioni di cura. Qualora l'aiuto venga prestato da familiari, questi ultimi devono certificare una perdita di guadagno.

Parto Flex Top art. 10

Dall'assicurazione delle spese d'ospedalizzazione Flex Top paghiamo alla madre, una volta trascorso il termine di carenza di cui all'art. 2 cpv. 2 delle Condizioni generali di assicurazione per le assicurazioni complementari secondo la LCA:

- i costi per la degenza e la cura del neonato sano,
- max. CHF 50 al giorno per l'aiuto domestico dopo un parto stazionario in una struttura riconosciuta per max. 5 giorni,
- un contributo una tantum pari a CHF 1'000 per un parto ambulatoriale (ambulatoriale: la data di ammissione corrisponde alla data di dimissione) in una struttura riconosciuta o per un parto in casa. Questo importo viene trasferito una sola volta anche in caso di parto plurigemellare.

Trasporti d'urgenza, salvataggio e recupero *Flex Top art. 11*

- ¹ In Svizzera copriamo i costi:
 - per trasporti d'urgenza fino all'ospedale idoneo più vicino necessari dal profilo medico per un trattamento stazionario.
 - per interventi di salvataggio e recupero necessari dal profilo medico.
- ² All'estero, copriamo i costi per trasporti d'urgenza fino all'ospedale idoneo più vicino necessari dal profilo medico per un trattamento stazionario fino a max. CHF 5'000 per anno civile.
- ³ Rimborsiamo i costi per interventi di ricerca direttamente collegati a un intervento di salvataggio o recupero necessario dal profilo medico fino a max. CHF 30'000 per anno civile.
- ⁴ **Non copriamo alcun costo per i trasporti di rimpatrio o di salme.**

Viaggi e vacanze all'estero *Flex Top 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.– (fino a max. CHF 100'000.– al di fuori dell'Europa e degli Stati affacciati sul Mediterraneo). 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

Gli assicuratori delle prestazioni assicurate sono la KPT Assicurazioni SA (per i costi di guarigione), la AWP P&C S.A., Saint-Ouen [Parigi], succursale di Wallisellen [Svizzera] (per assistenza a persone, bagaglio e spese di annullamento) e la Coop Protezione Giuridica SA (per la protezione giuridica).

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

Diritto d'opzione per un cambio di prodotto ospedaliero senza dichiarazione dello stato di salute *Flex Top art. 13*

Nell'arco di 10 anni dall'inizio dell'assicurazione del prodotto assicurativo ospedaliero Flex Top (termine per il cambiamento), lei ha la possibilità di passare a un prodotto assicurativo ospedaliero di livello superiore (semiprivato o privato) della KPT. Il prodotto deve essere aperto a nuove ammissioni. Se l'assicurazione inizia in corso d'anno, il termine di passaggio di 10 anni decorre dal 1° gennaio dell'anno successivo alla stipula dell'assicurazione.

Il cambio di prodotto può essere effettuato dopo un tempo d'attesa di un anno, dal 1° gennaio successivo. Nel corso del termine di attesa, lei mantiene la copertura del modello assicurativo Flex Top. Alla scadenza del termine per il cambiamento, il diritto d'opzione si estingue.

Può esercitare il diritto d'opzione fino al compimento dei 65 anni di età e una sola volta (anche in caso di riammissione nell'assicurazione delle spese d'ospedalizzazione Flex Top).

Pagamento in capitale per malattie gravi *Flex Top art. 14*

Se contrae una delle malattie gravi elencate di seguito, le versiamo nel corso della durata dell'assicurazione, per ciascuna categoria di malattie, un pagamento in capitale dell'ammontare di CHF 5'000, di cui può disporre liberamente.

Le malattie gravi ai sensi delle presenti condizioni sono le seguenti (elenco esaustivo):

a) Infarto del miocardio

Un infarto del miocardio ai sensi delle presenti condizioni è un evento acuto che ha comportato una necrosi di cellule del muscolo cardiaco a seguito dell'occlusione di uno o più vasi coronarici all'interno di un'area circoscritta del muscolo cardiaco.

L'obbligo di prestazione è subordinato alle condizioni seguenti:

1. un cardiologo o un internista conferma medicalmente un infarto cardiaco, e
2. le nuove alterazioni nell'ECG (elettrocardiogramma) sono compatibili con un infarto cardiaco acuto, e
3. vi è una specifica dinamica degli enzimi cardiaci (troponina, CK-MB, pro-BNP, LDH) in base allo stadio dell'infarto cardiaco.

Sono esclusi dalla copertura assicurativa:

- tutti gli eventi non confermati quali infarto del miocardio da un cardiologo o un internista,
- gli infarti cardiaci di epoca imprecisata o gli infarti del miocardio che provocano la morte nel giro di 48 ore,
- le dinamiche degli enzimi cardiaci provocate da un intervento cardiaco, ad esempio un'angiografia coronarica o un'angioplastica coronarica.

b) Ictus

Un ictus ai sensi delle presenti condizioni è la necrosi di tessuti cerebrali provocata da un'alterazione del flusso ematico cerebrale a seguito di un infarto cerebrale o un sanguinamento non traumatico all'interno della scatola cranica.

L'obbligo di prestazione è subordinato alle condizioni seguenti:

1. un neurologo conferma medicalmente un ictus, e
2. l'ictus è dimostrato mediante TC (tomografia computerizzata), TRM (tomografia a risonanza magnetica) o altri procedimenti equivalenti di diagnostica per immagini, e
3. l'ictus ha provocato una perdita funzionale motoria e/o cognitiva permanente e oggettivabile in un'area comandata dalla regione cerebrale interessata dall'ictus.

Sono esclusi dalla copertura assicurativa tutte le lesioni di tessuti cerebrali o vasi sanguigni e gli attacchi ischemici transitori (TIA) provocati da infortunio nonché gli ictus che provocano la morte nel giro di 48 ore.

c) Cancro

Il cancro ai sensi delle presenti condizioni è una proliferazione cellulare maligna (ad es. tumore) contraddistinta dalla crescita incontrollata nonché dalla penetrazione in altri tessuti con tendenza alla formazione di metastasi. Nella definizione di «cancro» rientrano anche patologie maligne del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema linfatico. L'elenco è esaustivo.

Sono esclusi dalla copertura assicurativa:

- tutte le patologie tumorali, rispettivamente potenziali patologie tumorali attestate unicamente sulla base di procedure molecolari o biochimiche ma non ancora verificatesi, ad es. DNA tumorale nel sangue senza manifestazione di cancro ai sensi della definizione summenzionata,
- tutti i **basaliomi, melanomi allo stadio istologicamente dimostrato 0 e I (classificazione TNM, UICC, versione 2023) nonché tutte le forme di tumore della pelle diverse dal melanoma**. Se però si formano metastasi a distanza, le prestazioni contrattuali vengono fornite.



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

Il nostro obbligo di prestazione in presenza di cancro è subordinato alla condizione che la diagnosi sia attestata mediante presentazione del reperto istologico (rispettivamente citologico per le leucemie).

Prestazioni di consulenza per trattamenti e interventi *Flex Top art. 15*

Partecipiamo a ulteriori misure e prestazioni nell'ambito di interventi stazionari e ambulatoriali, rispettivamente di degenze ospedaliere. Le misure, le prestazioni, i fornitori di prestazioni e i contributi concreti riconosciuti vengono pubblicati nell'elenco «Prestazioni di consulenza per trattamenti e interventi da KPT Flex». L'elenco è consultabile su sito kpt.ch oppure è possibile richiederne un estratto. L'elenco può essere modificato unilateralmente in qualsiasi momento. Si fa riferimento sempre all'elenco aggiornato. Per misure, prestazioni, fornitori di prestazioni e contributi non figuranti nell'elenco non vengono erogati rimborsi.

Divieto di cessione *Flex Top art. 16*

Le sue pretese nei nostri confronti non possono essere cedute a terzi senza il nostro consenso scritto (divieto di cessione).

Costi non assicurati *Flex Top art. 17*

Non rientrano tra i costi di ospedalizzazione i seguenti beni e servizi a pagamento: utilizzo di mezzi di comunicazione; noleggio di apparecchi audiovisivi e di loro contenuti; articoli per fumatori; interventi in caso di decesso; spese amministrative. Sono fatte salve eccezioni a suo beneficio pattuite tra noi e la struttura. Anche i costi delle sanzioni per violazioni del sistema nei modelli dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con diritto di scelta limitato non sono assicurati.

Fasce d'età

Fasce d'età *Flex Top art. 18*

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 ed avviene in data 1° gennaio dell'anno in cui si raggiunge l'età di riferimento.

Sono previste le seguenti fasce d'età: 0-5; 6-10; 11-18; 19-25; 26-30; 31-35; 36-40; 41-45; 46-50; 51-55; 56-60; 61-65; 66-70; 71-75; 76-80; 81-85; 86-90; 91+

Berna, 1° luglio 2023
KPT Assicurazioni SA