

Condizioni complementari (CC)

Assicurazione malattie complementare Basic Flex (LCA)

Ambulatoriale, Complementare, Ospedale Flex

Osservazione:

- Per rendere il documento più scorrevole si rinuncia a usare la forma femminile accanto a quella maschile.

Sconto famiglia (valido per le nuove stipule dal 1° gennaio 2020)

Il secondo figlio e tutti i successivi ricevono uno sconto sui premi del 50% fino al raggiungimento del 18° anno di età. Lo sconto è concesso solo se almeno due figli dispongono di un'assicurazione malattie complementare presso Visana Assicurazioni SA. Quando il primo figlio raggiunge il 18° anno di età, il secondo figlio viene considerato come primo figlio e perde così il diritto allo sconto.

Se lo sconto famiglia del 50% non è più giustificabile dal punto di vista assicurativo, alla fine dell'anno civile Visana Assicurazioni SA è autorizzata a ridurlo o eliminarlo di conseguenza.

Visana Assicurazioni SA comunica le riduzioni degli sconti o la loro eliminazione entro e non oltre 30 giorni prima della loro entrata in vigore. In seguito, l'assicurato ha il diritto di disdire la copertura assicurativa interessata dalla riduzione o dall'eliminazione dello sconto alla fine dell'anno civile corrente. Per avere validità, la disdetta deve pervenire a Visana Assicurazioni SA al più tardi l'ultimo giorno di lavoro dell'anno civile. La mancata disdetta in tal senso equivale a una conferma d'accettazione della modifica.

Quali gruppi d'età esistono?

In deroga all'art. 7.2 delle Condizioni generali del contratto d'assicurazione per l'assicurazione malattie complementare Basic (LCA), l'ultimo gruppo d'età si raggiunge a 71 anni.

I Componente di prestazione Basic Ambulatoriale

Queste condizioni complementari sono parte integrante del contratto d'assicurazione. Si rinviano esplicitamente le parti

2. Catalogo delle prestazioni

Le prestazioni corrisposte dall'assicurazione Basic Ambulatoriale vengono calcolate in base alle spese di trattamento non coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Vengono prima conteggiate le prestazioni corrisposte dall'assicurazione obbligatoria. Le percentuali indicate nella tabella seguente si riferiscono alla parte restante delle spese del trattamento.

Basic Ambulatoriale		Disposizioni particolari
Medicamenti (prescritti da un medico) <ul style="list-style-type: none"> ■ Medicamenti ammessi per l'indicazione in questione da Swiss-med, l'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici Nessun contributo per i preparati indicati nella Lista dei preparati farmaceutici a carico degli assicurati (LPFA), come pur per i farmaci indicati nella lista dei medicinali della Visana (cfr. cifra 3.5 delle CGA)	90 %	Cifra 3.1
Chirurgia estetica Correzione delle orecchie sporgenti secondo la tariffa locale usuale	90 %	

contraenti alle vigenti condizioni generali del contratto d'assicurazione per l'assicurazione malattie complementare Basic.

Cosa copre l'assicurazione?

Nell'ambito della componente di prestazione Basic Ambulatoriale sono assicurati:

- contributi ai trattamenti, agli esami ed ai provvedimenti di prevenzione ambulatoriali, come pure per medicinali e mezzi ausiliari a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
- l'assicurazione viaggi Vacanza della Visana Assicurazioni SA durante otto settimane per viaggio;
- l'assicurazione Assistance della Visana Assicurazioni SA per prestazioni di soccorso immediato, 24 ore su 24, sul territorio nazionale.

1. Generalità

1.1 Quali presupposti devono sussistere?

La componente di prestazione Basic Ambulatoriale è un'assicurazione contro i danni.

Le prestazioni dell'assicurazione Basic Ambulatoriale vengono corrisposte per provvedimenti diagnostici e terapeutici, medicinali e mezzi ausiliari efficaci, appropriati ed economici. Le prestazioni vengono corrisposte esclusivamente a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. I costi coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e le partecipazioni personali prescritte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, non sono compresi nell'assicurazione Basic Ambulatoriale, a prescindere dal fatto che l'assicurazione obbligatoria esista o meno. In ogni caso l'assicurazione corrisponde al massimo i costi effettivi. Non è possibile escludere il rischio d'infortunio dalla copertura assicurativa.

Basic Ambulatoriale		Disposizioni particolari
Sterilizzazione/Vasectomia (secondo tariffa locale usuale)	90 %	
Psicoterapia non medica importo per seduta: 1. serie di 20 sedute 2. serie di 40 sedute	CHF 60.– CHF 50.–	Cifra 3.2
Interventi di chirurgia dentaria (secondo la tariffa vigente per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) <ul style="list-style-type: none"> ■ resezione del filetto delle labbra ■ resezione apicale ■ estrazione dentaria con separazione e apertura ■ estrazione di un dente ritenuto/incluso ■ estrazione chirurgica di denti del giudizio (compresi l'anestesia, le radiografie necessarie ed il trattamento successivo) importo massimo per anno civile	25 % CHF 500.–	
Ortodonzia (correzione della posizione dei denti) (secondo la tariffa vigente per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) importo massimo per persona assicurata (diagnosi, pianificazione, trattamento, compresi gli apparecchi ed i controlli successivi fino alla fine del trattamento)	80 % CHF 10'000.–	
Mezzi ausiliari ed apparecchi (prescritti da un medico) Contributo all'acquisto o al noleggio a complemento dell'assicurazione sociale (LAMal, LAINF, AI, AVS, PC, AM) importo massimo per anno civile	90 % CHF 1'000	Cifra 3.3
Lenti per occhiali e lenti a contatto <ul style="list-style-type: none"> ■ Bambini e adolescenti fino all'età di 18 anni importo massimo per anno civile ■ Adulti importo massimo ogni tre anni Lenti per occhiali / a contatto per una correzione superiore a 10 diottrie importo massimo per anno civile Nessuna prestazione per i costi delle montature di occhiali e degli adattamenti di lenti a contatto	90 % CHF 200.– 90 % CHF 200.– 90 % CHF 750.–	
Aiuto domestico e cura a domicilio Contributo giornaliero durante 30 giorni al massimo per anno civile Contributo giornaliero durante ulteriori 30 giorni al massimo per anno civile	CHF 50.– CHF 25.–	Cifra 3.4
Maternità Visite di controllo ed esami ad ultrasuoni (secondo la tariffa vigente per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie)	90 %	
Visite preventive/check-up Visita preventiva ginecologica (secondo la tariffa vigente per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) Check-up ogni tre anni (secondo la tariffa vigente per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) importo massimo	90 % 90 % CHF 300.–	
Vaccinazioni protettive e di viaggio (secondo la tariffa vigente per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) importo massimo per anno civile	90 % CHF 200.–	
Costi di trasporto e di viaggio Trasporti di malati necessari dal profilo medico fino allo stabilimento ospedaliero più vicino (secondo la tariffa vigente per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) importo massimo per anno civile Costi di viaggio importo massimo per anno civile	90 % CHF 20'000.– 50% CHF 2'000.–	Cifra 3.5

Basic Ambulatoriale		Disposizioni particolari
Costi di ricerca, salvataggio e ricupero importo massimo per viaggio In caso di ricupero della salma vengono assunti i costi di trasporto fino al comporre della salma nella bara	90 % CHF 25'000.–	Cifra 3.6
Estero Sono accordate, per otto settimane per viaggio, le prestazioni dell'assicurazione viaggi Vacanza. Non si corrispondono prestazioni se l'assicurato si reca all'estero con l'intento di farsi curare.	Sì	

3. Disposizioni particolari

3.1 Medicamenti

Quando l'Ufficio federale della sanità pubblica fissa nell'elenco delle specialità una limitazione per un medicamento, con lo scopo di evitarne l'abuso, non si corrisponde nessuna prestazione dall'assicurazione Basic Ambulatoriale oltre la limitazione prevista, per la consegna del relativo medicamento limitato.

Se l'Ufficio federale della sanità pubblica fissa per un medicamento un importo massimo relativo al rimborso tramite l'assicurazione obbligatoria delle cure medicosanitarie, l'eventuale differenza dal prezzo d'acquisto non viene assunta dall'assicurazione Basic Ambulatoriale.

La Visana Assicurazioni SA può ridurre le sue prestazioni quando i prezzi e gli aumenti dei prezzi dei fabbricanti oltrepassano le norme abituali (ad esempio, quando sono superiori alle raccomandazioni della Commissione federale dei medicamenti). Essa può fare altrettanto in caso di margini di profitto esagerati a favore di medici, farmacisti o stabilimenti ospedalieri.

Una riduzione delle prestazioni è possibile soltanto in caso di trattative infruttuose con i fabbricanti ed i medici oppure con i farmacisti e le case di cura.

3.2 Psicoterapia non medica

Le prestazioni vengono corrisposte soltanto per trattamenti presso psicoterapisti non medici, ammessi quali fornitori di prestazioni sanitarie per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Fino all'entrata in vigore delle disposizioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in materia di prestazioni per trattamenti presso psicoterapisti non medici, la Visana Assicurazioni SA corrisponde le prestazioni se la terapia viene effettuata da uno psicoterapista riconosciuto dalla Visana Assicurazioni SA. La Visana Assicurazioni SA allestisce una lista degli psicoterapisti riconosciuti che può essere consultata dagli assicurati. Essi possono anche chiederne un estratto. Con l'entrata in vigore delle disposizioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, dette prestazioni dell'assicurazione Basic Ambulatoriale verranno annullate.

3.3 Mezzi ausiliari ed apparecchi

Per i mezzi ausiliari costosi e riutilizzabili, si deve richiedere in precedenza una garanzia di assunzione dei costi alla Visana Assicurazioni SA (cifra 8.1 CGA). La Visana Assicurazioni SA ha il diritto di fornire tali mezzi ausiliari o di mediarne la distribuzione.

3.4 Aiuto domestico e cura a domicilio

Le prestazioni per lavori di casa da svolgere ogni giorno a titolo di aiuto domestico vengono corrisposte a condizione che ci sia la relativa prescrizione medica e che i lavori vengano eseguiti

- dal personale di un'organizzazione di cure a domicilio oppure
- da una persona non appartenente alla cerchia dei parenti prossimi oppure
- da una persona che non vive nella stessa economia domestica.

Sono considerati parenti prossimi il partner (coniuge o convivente), i genitori, i figli ed i loro partner, come pure i fratelli e le sorelle ed i loro partner. Se per l'assistenza alla persona assicurata un parente prossimo deve interrompere o abbandonare la sua attività lucrativa, la Visana Assicurazioni SA corrisponde parimenti i contributi.

Per quanto riguarda la cura a domicilio, i contributi vengono corrisposti quando tale intervento permette di evitare o di ridurre una degenza ospedaliera o di riabilitazione, a condizione che la cura a domicilio sia stata prescritta da un medico e che sia prodigata da personale infermieristico debitamente formato.

3.5 Costi di viaggio

La Visana Assicurazioni SA corrisponde i contributi per i costi di viaggio quando il paziente deve sottoporsi ad una serie di trattamenti speciali ambulatoriali che non possono essere attuati che in un centro sanitario definito, lontano dal luogo di domicilio (ad esempio: clinica universitaria). Si tratta in particolare di emodialisi, trattamenti dovuti a paralisi e radioterapie per il trattamento di affezioni cancerogene. Quale base di valutazione valgono i costi per il viaggio in 2a classe con mezzi pubblici di trasporto oppure in ragione di CHF –.60 per km per l'impiego di mezzi privati (tassi compreso).

3.6 Costi di salvataggio

La definizione di salvataggio si distingue dalla definizione generale di trasporto in quanto che l'assicurato deve essere salvato da una situazione che minaccia la sua vita.

3.7 Assicurazione viaggi Vacanza

Nell'assicurazione viaggi Vacanza sono assicurati, per un periodo massimo di otto settimane per viaggio, i costi non coperti per malattia e infortunio durante i viaggi all'estero. L'assicurazione vale in tutto il mondo a esclusione della Svizzera. La copertura assicurativa comprende inoltre un servizio di soccorso immediato e un'assicurazione di protezione giuridica. La copertura assicurativa viene meno se manca l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e/o in caso di trasferimento del domicilio (centro degli interessi vitali) all'estero. L'estensione delle prestazioni e le condizioni risultano dalle Condizioni generali del contratto d'assicurazione (CGA) LCA 2022 per l'assicurazione viaggi Vacanza di Visana Assicurazioni SA.

3.8 Prestazioni di soccorso immediato Assistance

L'organizzazione di assistenza e soccorso immediato della Visana Assicurazioni SA è un servizio di consulenza e di provvedimenti in caso d'urgenza in Svizzera. Le prestazioni di soccor-

so vengono mediate 24 ore su 24 e consistono essenzialmente nell'organizzazione e nel coordinamento dei provvedimenti necessari. Il volume delle prestazioni e le condizioni risultano dalle Condizioni generali del contratto d'assicurazione (CGA) 2012 per le prestazioni di servizio della «Visana Assistance CH» della Visana Assicurazioni SA.

3.9 Sono parti integranti della componente di prestazione Basic Ambulatoriale:

- CGA LCA 2022 per l'assicurazione viaggi Vacanza della Visana Assicurazioni SA
- CGA 2012 per le prestazioni di servizio della «Visana Assistance CH» della Visana Assicurazioni SA.

II Componente di prestazione Basic Complementare

Queste condizioni complementari sono parte integrante del contratto d'assicurazione. Si rinviano esplicitamente le parti contraenti alle vigenti condizioni generali del contratto d'assicurazione per l'assicurazione malattie complementare Basic.

Cosa si può assicurare?

Nell'ambito della componente di prestazione Basic Complementare si possono assicurare: contributi ai costi di trattamento, terapie e medicinali della medicina complementare in ambito ambulatoriale e stazionario.

1. Generalità

1.1 Quali presupposti devono sussistere?

La componente di prestazione Basic Complementare è un'assicurazione contro i danni.

Le prestazioni dell'assicurazione Basic Complementare vengono corrisposte per provvedimenti diagnostici e terapeutici e per medicinali efficaci, appropriati ed economici nel contesto della medicina complementare.

Le prestazioni vengono corrisposte unicamente a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Le partecipazioni ai costi coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e le partecipazioni personali prescritte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non sono comprese nell'assicurazione Basic Complementare, a prescindere dal fatto che l'assicurazione obbligatoria esista o meno. In ogni caso saranno corrisposti al massimo i costi effettivamente occorsi.

Le prestazioni dell'assicurazione Basic Complementare vengono corrisposte in Svizzera e nei territori di frontiera (fino a 100 km dalla frontiera svizzera). Per i trattamenti d'emergenza erogati all'estero da medici e terapeuti ufficialmente riconosciuti al di fuori della Svizzera, vengono corrisposti gli stessi contributi. Sono ammessi quali fornitori di prestazioni i medici titolari del diploma federale come i naturopati e i terapeuti riconosciuti. Per naturopati o terapeuti riconosciuti, Visana Assicurazioni SA intende le persone che per la relativa forma di terapia/misura di medicina complementare adempiono i criteri di riconoscimento specifici, per le singole forme di terapia o misure, elaborate da Visana Assicurazioni SA in collaborazione con medici e terapeuti.

Le forme di terapia riconosciute sono elencate in una lista separata che può essere consultata, rispettivamente della quale può essere richiesto un estratto. Inoltre, è pubblicata anche sul sito di Visana. Tale elenco soggiace al diritto d'adeguamento di Visana Assicurazioni SA sancito alla cifra 7.1 delle CGA.

Visana Assicurazioni SA tiene un elenco dei naturopati e terapeuti che riconosce ai sensi delle precedenti disposizioni. Questo elenco può essere consultato, rispettivamente può esserne richiesto un estratto.

2. Catalogo delle prestazioni

Basic Complementare		Disposizioni particolari
Contributo massimo per anno civile per tutte prestazioni indicate qui di seguito	CHF 4'000.-	
Medici (con diploma federale) Terapie figuranti nell'elenco	90 %	
Naturopata ed altri terapeuti ■ riconosciuti dalla Visana Assicurazioni SA: per terapie figuranti nell'elenco	90 %	
Medicamenti ■ prescritti da un medico ■ prescritti da un naturopata riconosciuto dalla Visana Assicurazioni SA	90 % 90 %	Cifra 3.1

3. Disposizioni particolari

3.1 Medicamenti

Le prestazioni vengono corrisposte per

- preparati antroposofici
- preparati biologici
- preparati omeopatici
- preparati oligosolici
- preparati fitoterapeutici
- preparati sierocitologici

Non si corrisponde nessun contributo per i preparati figuranti nell'Elenco dei preparati farmaceutici per impiego speciale (EP-FA) né per i preparati che vengono dichiarati e utilizzati come integratori alimentari.

3.2 Prestazioni escluse

Non vengono corrisposte prestazioni per le seguenti forme terapeutiche:

- astrologia
- forme terapeutiche esoteriche come, ad esempio, la guarigione spiritica
- trattamento a distanza
- imposizione delle mani
- magnetopatia
- Reiki

Non sono inoltre assicurate le attività destinate innanzi tutto ad accrescere il benessere generale (p. es. yoga, tai-chi, aerobica ecc.).

III Componente di prestazione Basic Ospedale Flex

Le presenti condizioni complementari sono parte integrante del contratto d'assicurazione. Si applicano le Condizioni generali del contratto d'assicurazione per l'assicurazione malattia complementare Basic.

Quali prestazioni sono assicurate?

Nell'ambito della componente di prestazione Basic Ospedale Flex si possono assicurare:

I costi di degenza in un **ospedale per malattie acute** in Svizzera nel reparto ospedaliero scelto, a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

L'assicurazione viaggi Vacanza per otto settimane e l'assicurazione Assistance per prestazioni di pronto soccorso 24 ore su 24 sono coassicurate.

Copertura infortuni

Gli infortuni sono coassicurati in Basic Ospedale Flex.

1. Informazioni generali

Le prestazioni vengono corrisposte esclusivamente a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medicosanitarie. Le partecipazioni ai costi, coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e le partecipazioni personali prescritte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non sono comprese nell'assicurazione Basic Ospedale Flex, a prescindere dal fatto che l'assicurazione obbligatoria esista o meno. In ogni caso, l'assicurazione corrisponde al massimo i costi effettivamente occorsi.

1.1 Quali presupposti devono sussistere?

La componente di prestazione Basic Ospedale Flex è un'assicurazione contro i danni

Le prestazioni dell'assicurazione Basic Ospedale Flex vengono corrisposte per provvedimenti diagnostici e terapeutici efficaci, appropriati ed economici, come pure per i costi di vitto e alloggio derivanti, in ospedali per malattie acute della Svizzera riconosciuti da Visana. La premessa per le prestazioni è data dalla necessità di ricovero in un ospedale per malattie acute (vale a dire che la diagnosi e la totalità dei provvedimenti terapeutici necessari devono giustificare la degenza nell'ospedale per malattie acute). Le prestazioni vengono corrisposte soltanto per la relativa durata della necessità di degenza nell'ospedale per malattie acute.

1.2 Ospedali riconosciuti

Sono considerati ospedali per malattie acute riconosciuti tutti gli istituti/i reparti non esclusi esplicitamente da Visana Assicurazioni SA, destinati al trattamento di malattie acute oppure alla riabilitazione stazionaria, posti sotto direzione medica e che dispongono del necessario personale specializzato, come pure di impianti sanitari adeguati. Visana Assicurazioni SA indica le istituzioni non riconosciute per il reparto comune, semiprivato o privato sulla sua «Lista della limitazione della scelta ospedaliera». La lista viene continuamente aggiornata e può essere consultata sulla homepage di Visana oppure può essere richiesta presso l'agenzia competente.

In casi d'emergenza vengono corrisposte prestazioni in tutti gli ospedali di malattie acute della Svizzera.

1.3 Degenza in una clinica psichiatrica

Le degenze in cliniche psichiatriche sono considerate degenze in ospedali per malattie acute per una durata massima di 180 giorni. Su domanda giustificata dal profilo medico si possono corrispondere prestazioni per la degenza in un ospedale per malattie acute al massimo per altri 180 giorni. Trascorso questo periodo di 360 giorni di degenza, l'assicurazione Basic Ospedale Flex non corrisponde altri contributi all'ospedale per malattie acute per le prestazioni fornite.

1.4 Casi d'emergenza all'estero

Le degenze in ospedali per malattie acute all'estero sono coperte, se il ricovero avviene in seguito a un'emergenza e se non vi recate all'estero con l'intento di sottoporvi a trattamento.

1.5 Scelta del reparto ospedaliero

Al più tardi all'entrata in ospedale dovete decidere in quale reparto desiderate farvi curare. Per le prestazioni del reparto comune non sussiste la partecipazione ai costi, invece per il re-

parto privato e semiprivato dovete versare la vostra quota di partecipazione ai costi.

2. Partecipazione ai costi

2.1 Varianti della partecipazione ai costi

Al momento della stipula del contratto potete scegliere una tra le seguenti possibili varianti di partecipazione ai costi:

	Reparto scelto al momento dell'entrata in ospedale:	Partecipazione ai costi massima per anno civile:
Variante 2/4	Comune Semiprivato Privato	Nessuna CHF 2'000.– CHF 4'000.–
Variante 4/8	Comune Semiprivato Privato	Nessuna CHF 4'000.– CHF 8'000.–

Se durante un anno civile venite ricoverati sia nel reparto privato sia in quello semiprivato, la vostra partecipazione ai costi ammonta al massimo al volume dell'importo massimo per il reparto privato.

2.2 Adeguamento della partecipazione ai costi

Considerando lo sviluppo dei costi nell'ambito sanitario, Visana Assicurazioni SA può stabilire un aumento degli importi massimi delle partecipazioni ai costi per il primo giorno del mese del successivo periodo assicurativo. Visana Assicurazioni SA comunica le nuove condizioni di assicurazione al più tardi 30 giorni prima dell'entrata in vigore. Di conseguenza avete diritto di recedere dal contratto Basic Ospedale Flex per la fine del semestre civile in corso. La mancata disdetta in tal senso equivale a una conferma d'accettazione della modifica

2.3 Massima partecipazione ai costi per famiglie

In caso due o più membri di una famiglia che abitano nella stessa economia domestica siano assicurati con Basic Ospedale Flex, si può richiedere il rimborso delle partecipazioni ai costi che superano l'importo massimo in un anno civile. L'importo massimo corrisponde alla massima partecipazione ai costi scelta. Questa regolamentazione vale anche per le persone che convivono.

2.4 Degenza ospedaliera che si protrae nell'anno successivo

In caso di una degenza ospedaliera ininterrotta per massimo di 30 giorni tra la fine di un anno e l'inizio del seguente, la partecipazione ai costi può essere riscossa solo una volta. Di principio, la partecipazione ai costi viene conteggiata all'anno civile in cui ha avuto inizio la degenza ospedaliera. Se la parte della fattura corrispondente all'anno precedente è inferiore alla partecipazione dei costi scelta, l'importo restante della partecipazione dei costi viene conteggiato al nuovo anno civile e riscosso. Se nell'anno civile passato è stata riscossa la massima partecipazione ai costi per una degenza ospedaliera relativa a quell'anno, la partecipazione ai costi per un ricovero tra la fine dell'anno passato e l'inizio dell'anno seguente viene conteggiata interamente all'anno civile nuovo.

2.5 Cambio della variante della partecipazione ai costi nel corso di un anno

Un aumento della variante della partecipazione ai costi è possibile per l'inizio di un mese. La partecipazione ai costi già pagata dall'inizio dell'anno civile viene conteggiata. La richiesta di cambio per una partecipazione ai costi minore può essere fatta con un preavviso di tre mesi per la fine di un anno civile.

2.6 Maternità

Viene riscalata la partecipazione ai costi anche per le prestazioni in caso di maternità.

3. Catalogo delle prestazioni

3.1 Quali prestazioni sono assicurate?

In caso di degenza ospedaliera (trattamento e pernottamento nell'ospedale per malattie acute) sono coperti i seguenti costi per il reparto scelto (comune, semiprivato oppure privato):

- vitto e alloggio
- cura medico-sanitaria
- onorari dei medici
- provvedimenti diagnostici e terapeutici (su prescrizione medica)
- medicinali (su prescrizione medica)
- narcosi, uso della sala operatoria

Nell'assicurazione viaggi Vacanza sono assicurati, per un periodo massimo di otto settimane per viaggio, i costi non coperti per malattia e infortunio durante i viaggi all'estero. L'assicurazione vale in tutto il mondo a esclusione della Svizzera. La copertura assicurativa comprende inoltre un servizio di soccorso immediato e un'assicurazione di protezione giuridica.

La copertura assicurativa viene meno se manca l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e/o in caso di trasferimento del domicilio (centro degli interessi vitali) all'estero. L'estensione delle prestazioni risulta dalle Condizioni generali del contratto d'assicurazione (CGA) LCA 2022 per l'assicurazione viaggi Vacanza di Visana Assicurazioni SA.

L'organizzazione di assistenza e soccorso immediato di Visana Assicurazioni SA è un servizio di consulenza e di provvedimenti in caso d'urgenza in Svizzera. Le prestazioni di soccorso vengono erogate 24 ore su 24 tramite un intermediario e consistono essenzialmente nell'organizzazione e nel coordinamento dei provvedimenti necessari. L'estensione delle prestazioni e le condizioni risultano dalle Condizioni generali del contratto d'assicurazione (CGA) 2012 per le prestazioni di servizio di «Visana Assistance CH» di Visana Assicurazioni SA.

4. Disposizioni particolari

4.1 Tariffe applicabili

Visana Assicurazioni SA corrisponde le sue prestazioni nell'ambito delle tariffe con essa concordate, rispettivamente secondo le tariffe degli ospedali di riferimento da essa scelti

4.2 Proposta d'assicurazione

Visana Assicurazioni SA verifica la proposta e può richiedere un esame del rischio per ogni nuova assicurazione o per l'aumento o la riduzione della copertura.

4.3 Degenza ospedaliera di madre e bambino

Se la madre e il bambino sono ricoverati insieme nell'ospedale per malattie acute durante il primo anno di vita del bambino, per la corresponsione delle prestazioni per cure acute si premette che una delle due persone necessiti del ricovero nell'ospedale per malattie acute. Le prestazioni vengono corrisposte soltanto dalle assicurazioni proprie della madre e del bambino.

4.4 Rooming in

In caso di degenza stazionaria in ospedale per malattie acute dal secondo al quattordicesimo anno di vita del bambino, Visana Assicurazione SA copre un importo massimo di CHF 50.– al giorno per le spese di pernottamento e di vitto per la persona accompagnatrice.

4.5 Casi d'emergenza all'estero

Per i ricoveri d'emergenza in un ospedale estero per malattie acute e quando il viaggio di rientro a casa, rispettivamente il trasferimento in un ospedale svizzero non è possibile o non può essere ragionevolmente preteso, Visana Assicurazioni

SA assume i costi seguenti previa detrazione delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie:

Assicurato per:	Degenza in Europa (inclusi gli Stati mediterranei)	al di fuori dell'Europa
Basic Ospedale Flex	50 % della differenza di costi	35 % della differenza di costi

A complemento è accordata, per un periodo totale di otto settimane per viaggio, la copertura completa dall'assicurazione viaggi Vacanza.

4.6 Quali Paesi fanno parte dell'Europa?

I Paesi europei delimitati a est dagli Urali compresi gli Stati mediterranei: Egitto, Algeria, Israele, Libano, Libia, Marocco, Siria, Tunisia e Turchia.

Inoltre, sono incluse le Isole Canarie, Madeira, Islanda e Groenlandia.

4.7 Prestazioni escluse

Per le degenze ospedaliere dovute a trapianto di organi (ad eccezione dei trapianti della cute e della cornea) non vengono corrisposte prestazioni dall'assicurazione Basic Ospedale Flex nella fase effettiva del trapianto (copertura tramite l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie). Una volta conclusa la fase effettiva del trapianto, i costi sono coperti secondo l'assicurazione Basic Ospedale Flex.

Le cure dentarie stazionarie sono coperte dall'assicurazione Basic Ospedale Flex soltanto nella misura in cui sussista l'obbligo di prestazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'assicurazione Basic Ospedale Flex non copre le partecipazioni ai costi che il Cantone di domicilio deve assumere in virtù della Legge sull'assicurazione malattie.

4.8 Ospedali riconosciuti in Svizzera per le stipule prima del 1° luglio 2017

In deroga all'articolo 1.2, per i contratti stipulati prima del 1° luglio 2017 vale quanto segue: Dalle prestazioni sono esclusi gli ospedali che figurano nella «Lista della limitazione della scelta ospedaliera» per il reparto semiprivato. La lista viene continuamente aggiornata e può essere consultata sulla homepage di Visana oppure può essere richiesto un estratto presso l'agenzia competente.

4.9 Sono parte integrante dell'assicurazione complementare dei costi di guarigione Basic Ospedale Flex:

- Lista della limitazione della scelta dell'ospedale
- CGA 2012 per le prestazioni di servizio di Visana Assistance CH di Visana Assicurazioni SA
- CGA LCA 2022 Assicurazione viaggi Vacanza di Visana Assicurazioni SA.