

Condizioni complementari (CC)

Assicurazione malattie complementare (LCA)

Ospedale

Osservazione:

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

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 le assicurazioni malattie complementari.

Cosa si può assicurare?

Nell'assicurazione complementare dei costi di guarigione Ospedale (definita in seguito semplicemente Ospedale) si possono assicurare:

1. I costi di degenza in un **ospedale per malattie acute in Svizzera** nel reparto ospedaliero assicurato, 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 in Svizzera sono coassicurate.
2. Contributi per le **cure** e contributi ai costi di degenza in istituti per **trattamenti non acuti** (stabilimenti di cura per tossicomani, comunità terapeutiche) a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
3. **L'assicurazione per persone con domicilio all'estero**
Il servizio di pronto soccorso dell'assicurazione Vacanza è coassicurato
4. **L'assicurazione per indennità ospedaliera**
5. L'assicurazione complementare **Ospedale Plus Hotel** per i costi di una camera singola o a due letti per gli assicurati del reparto comune.

Quali sono le varianti proposte dall'assicurazione Ospedale?

Le quattro varianti di base dell'assicurazione Ospedale sono:

- ospedale comune
- ospedale semiprivato
- ospedale privato
- ospedale mondo

L'assicurazione per indennità ospedaliera può essere stipulata separatamente o in combinazione con le quattro varianti di base.

La parte B dell'assicurazione Ospedale (cure, trattamenti non acuti) può essere stipulata solo in combinazione con la parte A (prestazioni di ospedali per malattie acute).

La parte E, Ospedale Plus Hotel, è un'assicurazione complementare per gli assicurati del reparto comune ed assume – negli ospedali con i quali la Visana Assicurazioni SA ha stipulato i rispettivi contratti – il supplemento d'hotel stipulato nel contratto per una camera singola o a due letti. Voi potete stipulare quest'assicurazione se siete assicurati per il reparto ospedaliero comune (assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e/o assicurazione complementare ospedale comune).

Senza infortunio

Esclusione del rischio d'infortunio. Contro una riduzione di premio.

Partecipazione opzionale ai costi

In caso di degenza in ospedale per malattie acute, l'assicurato paga personalmente una delle seguenti partecipazioni ai costi una volta per anno civile ed in cambio usufruisce di una riduzione di premio.

Possibili partecipazioni ai costi:

CHF 1'000.– CHF 5'000.–

CHF 2'000.– CHF 10'000.–

La partecipazione ai costi scelta vale soltanto in caso di degenza in ospedale per malattie acute e viene addebitata una sola volta per anno civile. Per ogni giorno di degenza in ospedale per malattie acute si calcola 1/10 dell'importo della partecipazione ai costi.

La Visana Assicurazioni SA addebita il 50 % dei costi quando gli assicurati del reparto privato si fanno curare nel reparto semiprivato. Gli assicurati del reparto privato e semiprivato non pagano la partecipazione ai costi scelta se il trattamento viene eseguito nel reparto comune.

Se la degenza in un ospedale per malattie acute si protrae oltre lo scorcio dell'anno, la partecipazione ai costi per tale degenza viene addebitata una sola volta e computata proporzionalmente al relativo anno.

La stipulazione, rispettivamente l'aumento della partecipazione ai costi, è possibile sempre per l'inizio di un mese. La partecipazione ai costi stipulata, rispettivamente aumentata viene calcolata pienamente in caso di cambio nel corso dell'anno.

Il cambio ad una partecipazione ai costi più bassa, oppure il suo annullamento, è possibile soltanto per la fine di un anno civile con un preavviso di disdetta di tre mesi. Questo cambio, rispettivamente l'annullamento rappresenta un aumento d'assicurazione ed è collegato ad un esame del rischio.

Sconto per assenza di prestazioni (valido per le nuove stipule dal 1° gennaio 2020)

Lo sconto per assenza di prestazioni è una riduzione del premio per gli anni di assicurazione in cui non sono state erogate prestazioni, la quale viene concessa sotto forma di uno sconto del 20% della tariffa del premio di volta in volta in vigore. Viene calcolato come segue:

se, durante il periodo di osservazione (dal 1° luglio dell'anno precedente al 30 giugno dell'anno in corso), la persona assicurata usufruisce di prestazioni a carico dell'assicurazione malattie complementare Ospedale, non le viene concesso lo sconto per assenza di prestazioni, oppure perde quello esistente a partire dal 1° gennaio dell'anno successivo. Se, nel periodo di osservazione successivo (nuovo), la persona assicurata non percepisce prestazioni dell'assicurazione Ospedale, a partire dal 1° gennaio dell'anno seguente beneficerà dello sconto per assenza di prestazioni del 20%.

È determinante la data del conteggio della prestazione percepita.

Qualora più conteggi relativi alla stessa degenza ospedaliera ricadano in periodi di osservazione differenti, lo sconto per assenza di prestazioni viene meno per un anno solo.

Gli assicurati che stipulano per la prima volta un'assicurazione Ospedale entro il 31 marzo ricevono lo sconto per assenza di prestazioni già a partire dal 1° gennaio dell'anno seguente (periodo d'osservazione ridotto), sempre che durante questo periodo non abbiano percepito prestazioni a carico dell'assicurazione Ospedale.

Gli assicurati che stipulano per la prima volta un'assicurazione Ospedale dopo il 1° aprile ricevono lo sconto per assenza di prestazioni solo dal 1° gennaio di due anni dopo.

Per l'assicurazione per indennità ospedaliera (lett. D), lo sconto per assenza di prestazioni non viene concesso. Se lo sconto del 20% per assenza di prestazioni 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.

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.

Per l'assicurazione per indennità ospedaliera (lett. D) e Ospedale Plus Hotel (lett. E), lo sconto famiglia non viene concesso.

A Degenze in ospedali per malattie acute

1. Informazioni generali

1.1 Quali presupposti devono sussistere?

L'assicurazione malattie complementare Ospedale è un'assicurazione contro i danni. Le prestazioni dell'assicurazione Ospedale vengono corrisposte per provvedimenti diagnostici e terapeutici efficaci, appropriati ed economici, come pure per i costi di vitto e alloggio ad essi connessi, in ospedali per malattie acute della Svizzera. Le degenze in ospedali per malattie acute all'estero sono coperte in relazione alla variante assicurata, se il ricovero avviene in seguito ad urgenza e voi non vi siete recati all'estero con l'intento di sottoporvi a trattamento.

La premessa per le prestazioni è data dalla necessità di ricovero in ospedale per malattie acute (vale a dire che la diagnosi e la totalità dei provvedimenti terapeutici necessari devono giustificare la degenza in ospedale per malattie acute). Le prestazioni

vengono corrisposte soltanto per la relativa durata della necessità di degenza in ospedale per malattie acute.

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 degenza in ospedale per malattie acute al massimo per ulteriori 180 giorni. Dopo decorrenza di 360 giorni di degenza, non vengono corrisposte altre prestazioni dall'assicurazione Ospedale.

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 Ospedale, a prescindere dal fatto che l'assicurazione obbligatoria esista o meno.

In ogni caso l'assicurazione corrisponde al massimo i costi effettivi.

1.2 Ospedali riconosciuti in Svizzera

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

2. Catalogo delle prestazioni

2.1 Cosa copre l'assicurazione?

In caso di degenza (trattamento e pernottamento nell'ospedale per malattie acute) sono coperti i seguenti costi per il reparto assicurato (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

L'assicurazione viaggi Vacanza assume, durante un periodo massimo di otto settimane per viaggio, i costi non coperti dovuti a malattia o infortunio durante i viaggi all'estero. L'assicurazione vale in tutto il mondo ad esclusione della Svizzera. La protezione assicurativa comprende inoltre un servizio di soccorso immediato ed un'assicurazione di protezione giuridica. La copertura assicurativa cade se manca l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e/o in caso di trasferimento del domicilio all'estero.

Il volume delle prestazioni e le condizioni risultano dalle Condizioni generali del contratto d'assicurazione (CGA) LCA 2022 per l'assicurazione viaggi Vacanza della Visana Assicurazioni SA.

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 soccorso 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. Disposizioni particolari

3.1 Tariffe applicabili

La Visana Assicurazioni SA corrisponde le sue prestazioni nell'ambito delle tariffe concordate, rispettivamente localmente in uso.

3.2 Degenza ospedaliera di madre e bambino

Se la madre ed il bambino sono degenti insieme in ospedale durante il primo anno di vita del bambino, per la corresponsione delle prestazioni per degenza in ospedale per malattie acute si premette che soltanto una delle due persone presenti la necessità di ricovero in ospedale per malattie acute. Le prestazioni vengono corrisposte soltanto dalle assicurazioni proprie della madre e del bambino.

3.3 Rooming-in

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

3.4 Reparto non assicurato Ospedale in Svizzera

Per le degenze in un altro reparto diverso da quello assicurato, Visana Assicurazioni SA assume i seguenti costi previa detrazione delle prestazioni dell'assicurazione di base:

Assicurato per:	Degenza nel reparto:	Prestazioni in % della differenza di costi:
comune	semiprivato	50 %
	privato	30 %
semiprivato	privato	70 %

3.5 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:	Soggiorno in Europa (inclusi gli stati mediterranei):	Al di fuori dell'Europa:
comune	40 % della differenza di costi	25 % della differenza di costi
semiprivato	70 % della differenza di costi	50 % della differenza di costi
privato europa	100 % della differenza di costi	75 % della differenza di costi
privato mondo	100 % della differenza di costi	100 % della differenza di costi

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

3.6 Prestazioni escluse

Per le degenze ospedaliere dovute a trapianto di organi (a eccezione dei trapianti della cute e della cornea) non vengono corrisposte prestazioni dall'assicurazione Ospedale 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 stipulata.

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

3.7 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:

Per l'assicurazione complementare Ospedale reparto semiprivato, Visana Assicurazioni SA tiene una «Lista della limitazione della scelta ospedaliera» in cui sono indicati gli ospedali che non possono essere scelti per la cura stazionaria nel reparto ospedaliero semiprivato. Vi impegnate a consultare soltanto gli ospedali che non figurano sulla «Lista della limitazione della scelta ospedaliera» di Visana Assicurazioni SA. Se vi recate in un ospedale che figura sulla «Lista della limitazione della scelta ospedaliera» di Visana Assicurazioni SA, i costi non coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie vengono assunti soltanto al 50 % in caso di degenza stazionaria, ad eccezione dei ricoveri d'emergenza. La «Lista della limitazione della scelta ospedaliera» viene continuamente aggiornata e può essere consultata sulla homepage di Visana oppure può essere richiesto un estratto presso l'agenzia competente.

Disposizione transitoria

Per gli assicurati già esistenti la vecchia lista degli ospedali con le categorie A, B e C continua ad avere valore.

Per le assicurazioni complementari Ospedale reparto comune e Ospedale reparto privato non valgono le limitazioni secondo la «Lista della limitazione della scelta ospedaliera».

Se la classe ospedaliera assicurata viene cambiata dopo il 30 giugno 2017, per il nuovo contratto valgono le limitazioni secondo la «Lista della limitazione della scelta ospedaliera» per le degenze in tutti i reparti ospedalieri. È determinante la data della firma sulla proposta assicurativa.

B Cure/Trattamenti di malattie non acute

4. Informazioni generali

4.1 Quali presupposti devono sussistere?

Per le cure ed i trattamenti stazionari di malattie non acute vengono corrisposte prestazioni dall'assicurazione Ospedale a condizione che ci sia un'indicazione medica e l'istituzione scelta sia appropriata allo scopo. 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 alle spese prescritte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, non sono compresi nell'assicurazione Ospedale, a prescindere dal fatto che l'assicurazione obbligatoria esista o meno. In ogni caso l'assicurazione corrisponde al massimo i costi effettivi.

5. Catalogo delle prestazioni

5.1 Cosa copre l'assicurazione?

In caso di degenza negli istituti elencati qui di seguito, la Visana Assicurazioni SA rimborsa le tariffe giornaliere indicate quali contributi per il vitto e l'alloggio per la durata delle prestazioni definita di volta in volta.

Ospedale	comune	semi-privato	privato europa	privato mondo	disposizioni particolari
Stabilimenti di cura per tossicomani (secondo pianificazione ospedaliera cantonale) Durata delle prestazioni: 720 giorni nel corso di 900 giorni consecutivi	CHF 50.–	CHF 90.–	CHF 140.–	CHF 140.–	
Comunità terapeutiche (con autorizzazione cantonale d'esercizio) Durata delle prestazioni: 360 giorni nel corso di 540 giorni consecutivi	CHF 10.–	CHF 10.–	CHF 10.–	CHF 10.–	
Cure termali (per gli stabilimenti termali ammessi dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) Durata delle prestazioni: al massimo 21 giorni per anno civile	CHF 50.–	CHF 75.–	CHF 100.–	CHF 100.–	cifra 6.1
Cure di convalescenza Durata delle prestazioni: al massimo 28 giorni per anno civile					cifra 6.2
■ casa di cura posta sotto direzione medica, riconosciuta dalla Visana Assicurazioni SA	CHF 50.–	CHF 75.–	CHF 100.–	CHF 100.–	
■ altra casa di cura idonea	CHF 20.–	CHF 30.–	CHF 40.–	CHF 40.–	

6. Disposizioni particolari

6.1 Cure termali

Le prestazioni vengono corrisposte quando la cura è stata preceduta da un trattamento ambulatoriale intenso ed appropriato, oppure quando il trattamento ambulatoriale non è appropriato. I contributi vengono corrisposti soltanto a condizione che prima dell'inizio della cura abbiate inoltrato alla Visana Assicurazioni SA una prescrizione medica di cura e la Visana Assicurazioni SA vi abbia rilasciato la relativa garanzia di assunzione dei costi (CGA cifra 8.1).

6.2 Cure di convalescenza

Le prestazioni vengono corrisposte se la cura di convalescenza consente di ridurre o di evitare la degenza in un ospedale per malattie acute. I contributi vengono corrisposti soltanto a condizione che prima dell'inizio della cura abbiate inoltrato alla Visana Assicurazioni SA una prescrizione medica di cura e la Visana Assicurazioni SA vi abbia rilasciato la relativa garanzia di assunzione dei costi (CGA cifra 8.1).

La Visana Assicurazioni SA allestisce una lista delle case di cura poste sotto direzione medica e riconosciute dalla Visana Assicurazioni SA. La lista può essere consultata dagli assicurati, rispettivamente se ne può richiedere un estratto.

6.3 Prestazioni escluse

Per cure all'estero non si corrispondono prestazioni.

C Assicurazione per persone con domicilio all'estero

7. Informazioni generali

7.1 Prestazioni all'estero

A condizione che la persona assicurata sia domiciliata in Svizzera, può stipulare l'assicurazione per tre regioni:

- Regione 1: mondo senza America del Nord, Europa compresi gli stati mediterranei, Australia, Giappone, Hong Kong e Singapore
- Regione 2: mondo senza USA e Canada (America del Nord)
- Regione 3: mondo intero

L'assicurazione malattie complementare Ospedale è un'assicurazione contro i danni. Le prestazioni dell'assicurazione Ospedale vengono corrisposte per provvedimenti diagnostici e terapeutici efficaci, appropriati ed economici, come pure per i costi di vitto e alloggio ad essi connessi, in ospedali per malattie acute in Svizzera e nella regione scelta. Le degenze in ospedali per malattie acute al di fuori della regione scelta sono coperte se il ricovero avviene in seguito a urgenza e la persona assicurata non lascia la regione scelta con l'intento di sottoporsi a trattamento.

La premessa per l'erogazione delle prestazioni è data dalla necessità di ricovero in un ospedale per malattie acute (vale a dire che la diagnosi e la totalità delle misure necessarie giustificano la degenza in un ospedale per malattie acute). Le prestazioni vengono corrisposte soltanto per la durata corrispondente alla suddetta necessità di degenza.

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 degenza in ospedale per malattie acute al massimo per ulteriori 180 giorni. Dopo decorrenza di 360 giorni di degenza, non vengono corrisposte altre prestazioni dall'assicurazione Ospedale.

Le prestazioni vengono corrisposte esclusivamente a complemento dell'assicurazione svizzera obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Le componenti di costo coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e le partecipazioni ai costi derivanti dall'assicurazione svizzera obbligatoria delle cure medico-sanitarie non sono comprese nell'assicurazione per le persone con domicilio all'estero, a prescindere dal fatto che l'assicurazione obbligatoria esista o meno. In ogni caso l'assicurazione corrisponde al massimo i costi effettivi.

Il diritto alle prestazioni di servizio del soccorso immediato di Visana dall'assicurazione viaggi Vacanza sussiste senza limiti durante il soggiorno all'estero, al di fuori di un raggio di 150 km dal domicilio dell'assicurato, in deroga alle CGA dall'assicurazione viaggi Vacanza.

8. Catalogo delle prestazioni

8.1 Degenza in un ospedale per malattie acute

In caso di degenza (trattamento e pernottamento nell'ospedale per malattie acute) sono coperti i seguenti costi:

- 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

L'assicurazione viaggi Vacanza assume, durante un periodo massimo di otto settimane per viaggio, i costi non coperti dovuti a malattia o infortunio durante i viaggi all'estero. L'assicurazione vale in tutto il mondo e solo per i costi di degenza ospedaliera, in deroga alle CGA dall'assicurazione viaggi Vacanza e ad esclusione della regione assicurata.

Il volume delle prestazioni risulta dalle Condizioni generali del contratto d'assicurazione (CGA) LCA 2022 per l'assicurazione viaggi Vacanza della Visana Assicurazioni SA.

8.2 Stabilimenti di cura per tossicomani

Contributo giornaliero di CHF 140.– per i costi di vitto e alloggio durante al massimo 180 giorni nel corso di 360 giorni consecutivi.

Le prestazioni vengono corrisposte soltanto in caso di trattamento in Svizzera in uno stabilimento di cura riconosciuto dalla pianificazione cantonale.

8.3 Cure termali

Contributo giornaliero di CHF 100.– durante al massimo 21 giorni per anno civile.

Le prestazioni vengono corrisposte quando la cura è stata preceduta da un trattamento ambulatoriale intenso ed appropriato, oppure quando il trattamento ambulatoriale non è appropriato. I contributi vengono corrisposti soltanto a condizione che prima dell'inizio della cura in un bagno termale abbiate inoltrato alla Visana Assicurazioni SA una prescrizione medica di cura e la Visana Assicurazioni SA vi abbia rilasciato la relativa garanzia di assunzione dei costi (CGA cifra 8.1).

8.4 Cure di convalescenza

Contributo giornaliero di CHF 100.– durante al massimo 28 giorni per anno civile se la degenza avviene in una casa di cura posta sotto direzione medica.

Le prestazioni vengono corrisposte se la cura di convalescenza consente di ridurre o di evitare la degenza in un ospedale per malattie acute.

I contributi vengono corrisposti soltanto a condizione che prima dell'inizio della cura abbiate inoltrato alla Visana Assicurazioni SA una prescrizione medica di cura e la Visana Assicurazioni SA vi abbia rilasciato la relativa garanzia di assunzione dei costi (CGA cifra 8.1).

9. Disposizioni particolari

9.1 Degenza ospedaliera di madre e bambino

Se la madre ed il bambino sono degenti insieme in ospedale durante il primo anno di vita del bambino, per la corresponsione delle prestazioni per degenza in ospedale per malattie acute si premette che soltanto una delle due persone presenti la necessità di ricovero in ospedale per malattie acute. Le prestazioni vengono corrisposte soltanto dalle assicurazioni proprie della madre e del bambino.

9.2 Rooming-in

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

9.3 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:	Soggiorno nella regione 1	Soggiorno nella regione 2	Soggiorno nella regione 3
Regione 1: mondo senza America del Nord, Europa compresi gli stati mediterranei, Australia, Giappone, Hong Kong e Singapore	100 % della differenza di costi	75 % della differenza di costi	50 % della differenza di costi
Regione 2: mondo senza USA e Canada (America del Nord)	100 % della differenza di costi	100 % della differenza di costi	75 % della differenza di costi
Regione 3: mondo intero	100 % della differenza di costi	100 % della differenza di costi	100 % della differenza di costi

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

9.4 Prestazioni escluse

Le cure dentarie sono coperte dall'assicurazione Ospedale soltanto nella misura in cui ci sia l'obbligo di prestazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

D Assicurazione per indennità ospedaliera (in passato complemento d'ospedalizzazione – categoria chiusa della Grütli)

10. Informazioni generali

10.1 Quali presupposti devono sussistere?

L'assicurazione per indennità ospedaliera è un'assicurazione contro i danni. Le prestazioni dell'assicurazione per indennità ospedaliera vengono corrisposte per i costi di trattamento stazionario in ospedali per malattie acute e istituti per trattamenti non acuti (stabilimenti di cura per tossicomani, comunità terapeutiche), a condizione che ci sia un'indicazione medica (vale a dire che la diagnosi e la totalità dei provvedimenti terapeutici necessari devono giustificare la degenza in ospedale per malattie acute, rispettivamente nell'istituto scelto) e che l'ospedale per malattie acute, rispettivamente l'istituto sia appropriato per il relativo trattamento.

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 degenza in ospedale per malattie acute al massimo per ulteriori 180 giorni. Dopo decorrenza di 360 giorni di degenza, non vengono corrisposte altre prestazioni dall'assicurazione per indennità ospedaliera.

Sono considerati ospedali per malattie acute tutti gli istituti/reparti riconosciuti dalla 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 delle necessarie installazioni sanitarie adeguate.

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 per indennità ospedaliera, a prescindere dal fatto che l'assicurazione obbligatoria esista o meno. In ogni caso l'assicurazione corrisponde al massimo i costi effettivi.

Le prestazioni vengono corrisposte in Svizzera. All'estero le prestazioni per degenze in ospedali esteri per malattie acute dovute ad urgenza, vengono corrisposte a condizione e fin tanto che il viaggio di rientro a casa, rispettivamente il trasferimento in Svizzera non è possibile o non può essere ragionevolmente preteso.

11. Catalogo delle prestazioni

L'indennità ospedaliera assicurabile ammonta a:

Indennità ospedaliera minima	Indennità ospedaliera supplementare in gradi di	Indennità ospedaliera massima
CHF 5.–	CHF 5.–	CHF 250.–

Il volume e la durata delle prestazioni sono:

Ospedale, risp. istituto	Volume dell'indennità ospedaliera in % dell'importo assicurato	Durata delle prestazioni
Ospedale per malattie acute	100 %	720 giorni nel corso di 900 giorni consecutivi
Istituti per trattamenti non acuti	50 %	360 giorni nel corso di 540 giorni consecutivi
Cure termali in un bagno termale riconosciuto dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie	50 %, al massimo CHF 50.–	21 giorni per anno civile
Cure di convalescenza in una casa di cura posta sotto direzione medica e riconosciuta dalla Visana Assicurazioni SA	50 %, al massimo CHF 50.–	28 giorni per anno civile

12. Disposizioni particolari

12.1 Esaurimento della durata di fruizione

Dopo esaurimento della durata di fruizione delle prestazioni in un ospedale per malattie acute o in un istituto per trattamenti non acuti, l'assicurazione cessa automaticamente. L'esaurimento della durata delle prestazioni non può essere evitato rinunciando alle prestazioni stesse.

12.2 Cure termali

Le prestazioni vengono corrisposte quando la cura è stata preceduta da un trattamento ambulatoriale intenso ed appropriato, oppure quando il trattamento ambulatoriale non è appropriato. I contributi vengono corrisposti soltanto a condizione che prima dell'inizio della cura abbiate inoltrato alla Visana Assicurazioni SA una prescrizione medica di cura e la Visana Assicurazioni SA vi abbia rilasciato la relativa garanzia di assunzione dei costi (CGA cifra 8.1).

12.3 Cure di convalescenza

Le prestazioni vengono corrisposte se la cura di convalescenza consente di ridurre o di evitare la degenza in un ospedale per malattie acute.

I contributi vengono corrisposti soltanto a condizione che prima dell'inizio della cura abbiate inoltrato alla Visana Assicurazioni SA una prescrizione medica di cura e la Visana Assicurazioni SA vi abbia rilasciato la relativa garanzia di assunzione dei costi (CGA cifra 8.1). La Visana Assicurazioni SA allestisce una lista delle case di cura poste sotto direzione medica e riconosciute dalla Visana Assicurazione SA. La lista può essere consultata dagli assicurati, rispettivamente se ne può chiedere un estratto.

E Ospedale Plus Hotel (categoria chiusa)

13. Informazioni generali

13.1 Quali presupposti devono sussistere?

L'assicurazione malattie complementare Ospedale Plus Hotel è un'assicurazione contro i danni. Le prestazioni dall'assicurazione Ospedale Plus Hotel vengono corrisposte per le degenze ospedaliere in ospedali con i quali la Visana Assicurazioni SA ha stipulato un contratto per l'ospedalizzazione degli assicurati per il reparto comune in una camera singola o a due letti, a condizione che gli ospedali figurino nella lista degli ospedali Ospedale Plus Hotel della Visana Assicurazioni SA. Questa lista degli ospedali Ospedale Plus Hotel viene continuamente adeguata e può essere consultata presso l'agenzia competente oppure se ne può richiedere un estratto.

La lista degli ospedali Ospedale Plus Hotel della Visana Assicurazioni SA è parte integrante dell'assicurazione complementare dei costi di guarigione ospedale.

Il supplemento d'hotel e l'indennità ospedaliera vengono rimborsati per trattamenti stazionari che soddisfano le condizioni per la corresponsione delle prestazioni dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e/o dall'assicurazione complementare ospedale comune.

14. Catalogo delle prestazioni

14.1 Che cosa è assicurato?

È assicurato a seconda della variante assicurativa scelta il supplemento per una camera singola o a due letti in un ospedale della lista degli ospedali Ospedale Plus Hotel della Visana

- per 30 giorni per anno civile oppure
- per una durata illimitata.

Se l'ospedale convenzionato non è in grado di mettere a disposizione dell'assicurato la camera singola o a due letti assicurata, la Visana Assicurazioni SA corrisponde la seguente indennità ospedaliera a partire dal terzo giorno d'ospedalizzazione:

Variante assicurativa	Indennità ospedaliera
Camera a due letti, durata illimitata	CHF 50.– al giorno (importo massimo per anno civile: CHF 1'000.–)
Camera a due letti, 30 giorni per anno civile	CHF 50.– al giorno (importo massimo per anno civile: CHF 500.–)
Camera singola, durata illimitata	CHF 75.– al giorno (importo massimo per anno civile: CHF 1'500.–)
Camera singola, 30 giorni per anno civile	CHF 75.– al giorno (importo massimo per anno civile: CHF 750.–)

Se un assicurato ha concluso l'assicurazione per una camera singola e soggiorna in una camera a due letti in un ospedale convenzionato della Visana Assicurazioni SA, egli percepisce un'indennità giornaliera di CHF 25.– (corresponsione delle prestazioni a partire dal terzo giorno di degenza ospedaliera). L'importo massimo per anno civile ammonta a CHF 500.– per la variante con una copertura senza limitazione della durata e a CHF 250.– per la variante con una copertura di 30 giorni.

15. Disposizioni particolari

15.1 Cosa non è assicurato?

L'assicurazione Ospedale Plus Hotel non assume spese di trattamento. Non sono inoltre assicurati costi fatturati nel reparto semiprivato o privato secondo le tariffe e gli accordi conclusi per gli assicurati del reparto semiprivato o privato.

Non vengono corrisposte prestazioni per degenze in ospedali con i quali la Visana Assicurazioni SA non ha concluso un contratto relativo al supplemento di camera per gli assicurati del reparto comune.

Sono parte integrante dell'assicurazione complementare dei costi di guarigione ospedale:

- Lista della limitazione della scelta dell'ospedale
- Elenco degli ospedali Ospedale Plus Hotel
- 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