

Condizioni complementari (CC)

Assicurazione complementare (LCA)

per indennità giornaliera di cura

Osservazione:

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

I Assicurazione complementare per indennità giornaliera di cura

Queste condizioni complementari sono parte integrante del contratto d'assicurazione. Si rinviano esplicitamente le parti contraenti alle condizioni generali del contratto d'assicurazione (CGA) per le assicurazioni malattie complementari secondo la legge sul contratto d'assicurazione (LCA).

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.

1. Generalità

1.1 Cosa si può assicurare?

Si possono assicurare indennità giornaliera di cura per costi non coperti in caso di degenze stazionarie in istituti e reparti ospedalieri per malati cronici e per persone bisognose di assistenza sanitaria.

1.2 Quali varianti potete stipulare?

Si possono assicurare indennità giornaliera di cura per i seguenti importi:

- Indennità di cura minima al giorno: CHF 15.–
- Indennità di cura supplementare in gradi di CHF 5.–
- Indennità di cura massima al giorno: CHF 200.

1.3 C'è un periodo d'attesa?

È fissato un periodo d'attesa di 730 giorni.

1.4 È limitata la durata delle prestazioni?

L'indennità giornaliera di cura è corrisposta per un tempo limitato. La durata delle prestazioni è di al massimo 3650 giorni.

1.5 Quali premesse devono essere soddisfatte?

L'assicurazione per indennità giornaliera di cura è un'assicurazione danni.

Le prestazioni dell'assicurazione per indennità giornaliera di cura vengono corrisposte per i costi di alloggio, assistenza sanitaria e trattamento in istituti e reparti adeguati alla degenza di malati cronici e di persone assicurate bisognose di medicalizzazione, riconosciuti secondo la pianificazione cantonale degli ospedali e delle case medicalizzate.

La condizione necessaria affinché le prestazioni possano essere erogate è costituita dall'indicazione medica per il trattamento stazionario e l'assistenza sanitaria, come pure il bisogno regolare di prestazioni di cura medica e di assistenza di base previste dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. L'indicazione medica è data quando la diagnosi e la totalità dei provvedimenti necessari giustificano la degenza stazionaria in un istituto o in un reparto ospedaliero adeguato per malati cronici e persone bisognose di assistenza sanitaria.

Le prestazioni vengono corrisposte unicamente a complemento dell'assicurazione 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 malattie obbligatoria non sono assicurate dall'assicurazione per indennità giornaliera di cura, a prescindere dal fatto che l'assicurazione obbligatoria esista o meno. In ogni caso l'assicurazione corrisponde al massimo i costi effettivamente occorsi.

1.6 Quali gruppi d'età esistono?

In deroga all'art. 7.2 delle Condizioni generali del contratto d'assicurazione per le assicurazioni malattia complementari (LCA) vale quanto riportato di seguito:

- I premi vengono calcolati in base all'età effettiva per il gruppo d'età da 0 a 18 anni e da 19 a 25 anni e in base all'età di ingresso per il gruppo d'età a partire dai 26 anni.
- A partire da 26 anni esistono i gruppi d'età di ingresso seguenti:
 - 26 - 30
 - A partire da 31 anni, le tariffe sono suddivise in gruppi di 5 anni (31 - 35, 36 - 40 ecc.).
 - L'ultimo gruppo d'età si raggiunge a 66 anni.

Il cambio del gruppo d'età (solo per la tariffa in base all'età effettiva) entra in vigore il 1° gennaio dell'anno in cui si raggiunge l'età corrispondente al limite del gruppo di età (19 o 26 anni). Visana comunica il nuovo premio al più tardi 25 giorni prima della sua entrata in vigore. In seguito, lo stipulante avrà la possibilità di disdire l'assicurazione in questione fino all'ultimo giorno prima che entrino in vigore i nuovi premi. La mancata disdetta in tal senso equivale a una conferma d'accettazione dei nuovi premi.

2. Volume delle prestazioni

2.1 Cosa è assicurato?

L'indennità giornaliera di cura assicurata è corrisposta dopo decorrenza del periodo d'attesa di 730 giorni. Il periodo d'attesa comincia a decorrere dall'inizio delle degenza stazionaria in un istituto o in un reparto ospedaliero riconosciuto per malati cronici e persone bisognose di assistenza sanitaria. Il periodo d'attesa è calcolato una volta per caso. Se dopo un'interruzione si verifica il rientro in un istituto o in un reparto ospedaliero per malati cronici e persone bisognose di assistenza sanitaria (ricaduta), la parte del periodo d'attesa trascorsa e le prestazioni già corrisposte vengono dedotte se la ricaduta ha luogo entro 365 giorni. Per quanto riguarda la durata delle prestazioni ed il periodo d'attesa, una nuova degenza in un istituto o in un reparto ospedaliero per malati cronici e persone bisognose di assistenza sanitaria è considerata quale nuovo caso d'assicurazione, se l'ultima degenza in un istituto o in un reparto ospedaliero per malati cronici e persone bisognose di assistenza sanitaria rimonta ad oltre 365 giorni prima.

L'indennità giornaliera di cura è corrisposta al massimo per 3650 giorni. Le eventuali riduzioni dell'indennità giornaliera di cura non provocano il prolungamento della durata delle prestazioni. Dopo esaurimento della durata delle prestazioni l'assicurazione per indennità giornaliera di cura si estingue. Le prestazioni sono corrisposte esclusivamente per le degenze in istituti o reparti ospedalieri per malati cronici e persone bisognose di assistenza sanitaria.

2.2 Quali doveri avete ai fini dell'accertamento del diritto alle prestazioni?

Siete tenuti ad annunciare il vostro diritto alle prestazioni assicurative entro una settimana dalla scadenza del periodo d'attesa.

2.3 Il diritto alle prestazioni può cadere in prescrizione?

Visana Assicurazioni SA non corrisponde prestazioni se il diritto alle stesse viene fatto valere dopo cinque anni dalla scadenza del periodo d'attesa.

3. Disposizioni particolari

3.1 Cosa succede in caso d'introduzione di un'assicurazione obbligatoria di assistenza sanitaria?

In caso d'introduzione di un'assicurazione obbligatoria di assistenza sanitaria le prestazioni dell'assicurazione per indennità giornaliera di cura saranno corrisposte soltanto a complemento delle prestazioni derivanti dall'assicurazione obbligatoria.

3.2 L'assicurazione può essere sospesa?

In deroga alla cifra 4.8 delle CGA per le assicurazioni complementari secondo LCA, l'assicurazione per indennità giornaliera di cura non può essere sospesa.

3.3 In caso di disdetta dell'assicurazione per indennità giornaliera di cura da parte della persona assicurata, questa può far valere il diritto al capitale di copertura costituito?

Una parte del premio incassato dalla Visana Assicurazioni SA è impiegata per la costituzione di un capitale di copertura. Lo stesso serve a garantire le prestazioni in età avanzata. In caso di uscita volontaria dall'assicurazione per indennità giornaliera di cura o in caso di decesso non c'è nessun diritto al capitale di copertura costituito.