



kombi (Cat. F)

Disposizioni aggiuntive della Cassa malati Kolping SA relative all'assicurazione complementare ospedaliera combinata

Edizione 2011

Indice

1	Scopo	Pagina 2
2	Conclusione/disdetta del contratto	Pagina 2
3	Fasce d'età	Pagina 2
4	Offerta assicurativa	Pagina 2
5	Limitazioni relative al reparto ospedaliero	Pagina 2
6	Maternità	Pagina 2
7	Varianti di quota parte a carico dell'assicurato/a	Pagina 2
8	Sistema di bonus applicato alle assicurazioni per il reparto semiprivato e privato	Pagina 3
9	Prestazioni assicurative	Pagina 3
10	Prestazioni che prevalgono sull'assicurazione kombi	Pagina 4
11	Esclusione	Pagina 4
12	Prestazioni di deposito e dichiarazioni di garanzia	Pagina 5
13	Diritto applicabile	Pagina 5
14	Disposizioni finali	Pagina 5

1 Scopo

1.1 La Cassa malati Kolping SA (qui di seguito denominata Kolping) fornisce, in base alle sue Condizioni generali d'assicurazione per le assicurazioni complementari ai sensi della LCA (CGA-LCA), un'assicurazione complementare ospedaliera combinata denominata assicurazione complementare ospedaliera combinata kombi.

1.2 In caso di ospedalizzazione stazionaria, l'assicurazione kombi paga, a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, i costi di degenza e trattamento in tutti gli ospedali convenzionati pubblici e privati della Svizzera non coperti dall'assicurazione di base.

1.3 Inoltre, la Kolping fornisce altre prestazioni supplementari dall'assicurazione kombi, a condizione che queste prestazioni non siano già coperte parzialmente o integralmente da un'altra assicurazione complementare. Queste prestazioni sono elencate nella «Panoramica delle prestazioni», la quale costituisce parte integrante delle presenti disposizioni aggiuntive.

2 Conclusione/disdetta del contratto

2.1 Chi è domiciliato in Svizzera e non ha ancora compiuto il 59° anno d'età può presentare una domanda per concludere un'assicurazione kombi.

2.2 La Kolping ha il diritto di rifiutare domande e/o modifiche dell'assicurazione o di porre delle riserve. Non sussiste alcun diritto ad un aumento della copertura assicurativa.

2.3 L'assicurazione kombi può essere disdetta tramite lettera raccomandata dopo un periodo minimo di 3 anni per la fine di un anno civile, osservando un preavviso di 3 mesi.

2.4 L'assicurazione cessa:

- con la disdetta;
- con il trasferimento definitivo del domicilio all'estero;
- in caso di radiazione dal registro degli abitanti;
- in caso di decesso.

L'assicurazione kombi non cessa automaticamente con l'estinzione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presso la Kolping.

3 Fasce d'età

3.1 Le persone assicurate sono inserite, in funzione della loro età, nelle seguenti fasce d'età:

Fascia d'età	0-18	anni
Fascia d'età	19-25	anni
Fascia d'età	26-30	anni
Fascia d'età	31-35	anni
Fascia d'età	36-40	anni
Fascia d'età	41-45	anni
Fascia d'età	46-50	anni
Fascia d'età	51-55	anni
Fascia d'età	56-60	anni
Fascia d'età	61-65	anni
Fascia d'età	66-70	anni
Fascia d'età	71-	anni

3.2 Alla conclusione dell'assicurazione fanno stato gli anni che si compiranno durante l'anno in corso per l'inserimento nella fascia d'età.

3.3 Il passaggio ad una fascia d'età superiore avviene all'inizio dell'anno civile in cui la persona assicurata compie gli anni corrispondenti alla prima età della fascia superiore.

3.4 L'inserimento in una fascia d'età diversa dalla fascia corrispondente all'età attuale non è possibile.

4 Offerta assicurativa

4.1 Si possono concludere le seguenti varianti d'assicurazione:

- kombi 1: reparto comune (camera a più letti) in ospedali pubblici o privati della Svizzera che dispongono di un reparto comune;
- kombi 2: reparto semiprivato (camera a due o eccezionalmente a più letti) in ospedali pubblici o privati della Svizzera;
- kombi 3: reparto privato (camera a un letto o eccezionalmente a due letti) in ospedali pubblici o privati della Svizzera.

5 Limitazioni relative al reparto ospedaliero

5.1 Se un ospedale non ha adottato criteri di suddivisione dei reparti ospedalieri o ne ha stabiliti altri rispetto a quelli indicati nelle presenti disposizioni aggiuntive, il reparto in questione viene considerato come privato.

5.2 Agli ospedali privati senza convenzioni tariffali la Kolping applica le tariffe fissate per contratto in vigore nella clinica pubblica più vicina.

5.3 In caso di dubbio, la persona assicurata è tenuta a richiedere informazioni alla Kolping in merito alla garanzia di copertura dei costi prima di farsi ricoverare. Le informazioni fornite per telefono non hanno validità giuridica.

6 Maternità

6.1 In caso di maternità, il diritto alle prestazioni sussiste dopo un periodo d'attesa di 2 anni a decorrere dall'inizio dell'assicurazione.

7 Varianti di quota parte a carico dell'assicurato/a

7.1 È possibile ridurre il premio delle classi kombi 2 e 3, scegliendo delle quote parti opzionali di CHF 1'000.-, CHF 2'000.-, CHF 3'000.- o CHF 5'000.-.

7.2 La quota parte a carico dell'assicurato/a viene calcolata solo una volta per anno civile.

7.3 In caso di degenze ospedaliere di breve durata (al massimo 15 giorni) a cavallo di due anni, la quota parte a carico dell'assicurato/a viene riscossa una sola volta.

7.4 In caso di ricovero durante l'anno, la quota parte a carico dell'assicurato/a viene interamente riscossa.

7.5 È possibile aumentare in qualsiasi momento la quota parte a carico dell'assicurato/a per l'inizio di un nuovo mese. In tal caso, non è necessaria alcuna nuova dichiarazione sullo stato di salute.

7.6 È possibile diminuire la quota parte a carico dell'assicurato/a la prima volta dopo un periodo assicurativo di 2 anni per la fine di un anno civile, osservando un preavviso di 3 mesi. In tal caso è necessaria una nuova dichiarazione sullo stato di salute.

7.7 Per il completo annullamento dell'ultima quota parte a carico dell'assicurato/a scelta valgono le disposizioni relative alla disdetta di cui all'art. 2.3.

7.8 Se una persona assicurata con quota parte opzionale si fa ricoverare nel reparto comune conformemente all'art. 4 (1), la sua quota parte non viene conteggiata.

7.9 Se una persona assicurata nel reparto privato con quota parte opzionale si fa ricoverare nel reparto semiprivato conformemente all'art. 4 (2), la sua quota parte viene conteggiata solo in misura del 50%.

8 Sistema di bonus applicato alle assicurazioni per il reparto semiprivato e privato

8.1 Se le persone assicurate non usufruiscono delle prestazioni stazionarie della loro assicurazione per il reparto semiprivato o privato (degenza ospedaliera di più di 24 ore o occupazione del letto durante la notte), esse beneficeranno di un bonus sotto forma di una riduzione del loro premio come specificato qui di seguito:

Numero di periodi di osservazione interi senza usufruire delle prestazioni	Bonus in % sul premio iniziale	Gradi di bonus sul premio
Dopo 1 periodo	5%	1
Dopo 2 periodi	10%	2
Dopo 3 periodi	15%	3

8.2 Le seguenti prestazioni non sono considerate come prestazioni stazionarie:

- tutte le prestazioni erogate in caso di maternità;
- trasporti di malati;
- interventi ambulatoriali;
- aiuto domestico/cure mediche a domicilio.

8.3 Vale come periodo d'osservazione il lasso di tempo che intercorre dal 1° luglio al 30 giugno dell'anno civile seguente. Se durante questo periodo la persona assicurata non si è sottoposta ad alcun trattamento, il 1° gennaio dell'anno successivo beneficerà del corrispondente bonus sul premio.

8.4 Se, durante il periodo d'osservazione, la persona assicurata usufruisce di una prestazione dell'assicurazione per il reparto semiprivato o privato, il 1° gennaio dell'anno successivo il suo premio verrà aumentato al livello del premio iniziale.

8.5 Per beneficiare delle prestazioni, la persona assicurata deve inoltrare le relative fatture entro 30 giorni dalla ricezione delle stesse alla Kolping. Se tali fatture sono inoltrate in ritardo, il grado del premio verrà rettificato a posteriori. Le riduzioni del premio accordate per errore alle persone assicurate verranno conteggiate con la fattura-premio seguente della Kolping risp. dovranno essere rimborsate.

8.6 Le persone assicurate già al beneficio di uno sconto perché coperte da un'assicurazione di gruppo o da un'assicurazione collettiva sono escluse dal sistema di bonus. Nel caso di

un'eventuale uscita dall'assicurazione di gruppo o dall'assicurazione collettiva risp. nel caso di risoluzione di un tale contratto, i gradi di bonus sul premio saranno accordati, a patto tuttavia che le condizioni di cui all'art. 8.3. siano soddisfatte al momento dell'uscita dall'assicurazione di gruppo o dall'assicurazione collettiva.

9 Prestazioni assicurative

Premesse

Trattamento in un ospedale acuto

9.1 L'assicurazione kombi assume i costi di trattamenti ospedalieri necessari dal profilo medico, inclusi vitto, alloggio e cure di base. Le spese personali sostenute dalla persona assicurata non vengono rimborsate.

9.2 L'indennizzo della Kolping è calcolato in base alle tariffe applicate dall'ospedale al reparto in questione che corrisponde alla classe assicurativa scelta.

9.3 Se la persona assicurata si fa ricoverare in un reparto di classe superiore, l'assicurazione kombi assume solo i costi corrispondenti alla classe assicurata.

9.4 Onorari dei medici

Per quanto riguarda gli onorari dei medici, le prestazioni assicurative vengono erogate in base alle tariffe che Kolping o associazioni del settore hanno convenuto con i medici.

Nei casi in cui non sussistono convenzioni, le tariffe applicate agli onorari dei medici sono quelle stabilite nel catalogo delle prestazioni fornite in ambito ospedaliero, a cui va aggiunto un supplemento del

- 30% al massimo per prestazioni ospedaliere nel reparto semiprivato;
- 70% al massimo per prestazioni ospedaliere nel reparto privato.

9.5 Trattamento in cliniche psichiatriche

In caso di cure stazionarie in una clinica psichiatrica, le prestazioni assicurative vengono erogate al massimo per 90 giorni nell'arco di un anno civile, finché la degenza in una clinica psichiatrica risulta necessaria per motivi medici, tenendo conto della diagnosi e del trattamento medico nel suo insieme, e a condizione che non sussista un quadro clinico cronico.

9.6 Trapianti

Per i trapianti riconosciuti dalla Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malattia (SVK) valgono le convenzioni tariffali conformemente alle disposizioni d'esecuzione della SVK per il reparto comune.

9.7 Cliniche di riabilitazione

In caso di ricovero, passaggio o trasferimento necessario per motivi medici, Kolping garantisce le prestazioni assicurative per 90 giorni al massimo.

9.8 Parto

In caso di parto, i costi del/della neonato/a sano/a vengono assunti dall'assicurazione kombi della madre per 10 giorni al massimo, finché il/la neonato/a è ricoverato/a in ospedale

insieme alla madre e a condizione che sia assicurato/a presso la Kolping.

Nel caso delle case del parto che non figurano sulla lista ospedaliera e con le quali non sussiste una convenzione tariffale, le prestazioni per i costi di degenza comprovati vengono erogate per 5 giorni al massimo nella misura seguente:

- kombi 1: CHF 100.– al giorno;
- kombi 2: CHF 150.– al giorno;
- kombi 3: CHF 250.– al giorno.

9.9 Cure balneari e di convalescenza

Per cure balneari e di convalescenza giustificate dal profilo medico ed effettuate in bagni termali o stabilimenti di cura sotto direzione medica in Svizzera, Kolping fornisce una prestazione forfetaria da lei fissata per vitto e alloggio per al massimo 21 giorni per anno civile, ma assumerà al massimo i costi effettivi. Queste prestazioni vengono corrisposte solo se prima della cura è stato effettuato un trattamento dell'affezione in questione e se, in caso di cura balneare, viene eseguito un trattamento terapeutico adeguato (i soli bagni termali non sono assimilabili ad un tale trattamento).

Le cure devono durare come minimo 14 giorni.

Assistenza a domicilio/aiuto domestico

9.10 Assistenza a domicilio: l'assicurazione kombi fornisce un contributo ai costi d'assistenza a domicilio comprovati per la cura a domicilio della persona malata, a condizione che quest'ultima debba occuparsi lei stessa delle faccende domestiche e che l'assistenza non sia fornita da un fornitore di prestazioni riconosciuto ai sensi della LAMal.

9.11 Può essere assimilato/a al personale curante colui o colei che presta le cure necessarie alla persona malata e che in seguito a ciò subisce una perdita di guadagno comprovata nell'ambito della sua attività lavorativa.

9.12 La necessità delle cure dev'essere certificata da un medico.

9.13 Le prestazioni vengono erogate solo se le cure vengono prestate subito dopo un trattamento stazionario oppure se permettono di evitare una degenza ospedaliera, una riabilitazione o una cura, o ancora se consentono di ridurne la durata.

9.14 Aiuto domestico: l'assicurazione kombi fornisce un contributo ai costi comprovati per i lavori domestici nell'abitazione della persona assicurata.

9.15 La necessità di un aiuto domestico dev'essere certificata da un medico.

9.16 Non vengono erogate prestazioni per l'aiuto domestico prestato da congiunti o familiari.

Trattamenti ambulatoriali in ospedali, cliniche diurne e stabilimenti semistazionari

9.17 Se un intervento ambulatoriale meno costoso permette di evitare una degenza ospedaliera stazionaria, l'assicurazione kombi copre i costi del trattamento in questione.

Trasporti d'emergenza, trasferimenti, rimpatri, azioni di ricerca e salvataggio

9.18 Per beneficiare delle prestazioni in caso di trasporti d'emergenza, trasferimenti, rimpatri, azioni di ricerca e salvataggio, occorre sempre informare prima il fornitore di prestazioni Assistance. Per la corresponsione delle prestazioni fanno stato le Condizioni generali d'assicurazione del fornitore di prestazioni Assistance ottenibili presso la Kolping.

Estero

9.19 A complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, l'assicurazione kombi fornisce, per le degenze ospedaliere all'estero in caso d'emergenza o necessarie dal profilo medico, le prestazioni fissate nella «Panoramica delle prestazioni», a condizione che i costi di degenza e cura siano comprovati.

9.20 Le prestazioni vengono garantite solo fino al momento in cui è possibile, dal profilo medico, effettuare un trasporto in un ospedale in Svizzera.

9.21 Non vengono erogate prestazioni per trasferimenti e trattamenti in paesi terzi.

9.22 Se una persona assicurata si reca all'estero per sottoporsi ad un trattamento, ad una cura o per partorire, non vengono erogate prestazioni.

9.23 Le informazioni mediche necessarie per la corresponsione delle prestazioni devono essere inviate alla Kolping, unitamente alle fatture originali dettagliate, entro 30 giorni dal rientro in Svizzera.

10 Prestazioni che prevalgono sull'assicurazione kombi

10.1 Tutte le prestazioni dell'assicurazione kombi vengono erogate successivamente alle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal).

Ospedalizzazione fuori dal cantone di domicilio per motivi medici, conformemente all'art. 41 LAMal

10.2 Non sussiste nessuna copertura assicurativa per i costi delle ospedalizzazioni necessarie per motivi medici che devono essere assunti dai cantoni, conformemente all'art. 41, cpv. 3, della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

11 Esclusione

11.1 Non vengono erogate prestazioni né per i trattamenti in case di cura e case di cura per malati cronici, né per le degenze in cliniche psichiatriche che durano più di 90 giorni, né per le degenze in caso di

- alcolismo;
 - assuefazione e abuso di stupefacenti;
- e neppure nei casi in cui il ricovero, il passaggio o il trasferimento è necessario per motivi medici.

12 Prestazioni di deposito e dichiarazioni di garanzia

12.1 Se un trattamento ospedaliero in Svizzera rientra nelle prestazioni che l'assicurazione kombi è tenuta ad erogare, Kolping assume la prestazione di deposito sotto forma di garanzia di pagamento, nella misura in cui l'assicurazione stipulata lo permetta.

12.2 Se, al momento della consegna della garanzia di pagamento, la Kolping non dispone delle informazioni necessarie per determinare in modo definitivo le prestazioni da erogare, la garanzia di copertura dei costi data all'ospedale non vale come garanzia per le prestazioni nei confronti della persona assicurata.

13 Diritto applicabile

A tutte le questioni non espressamente regolate nelle presenti disposizioni aggiuntive si applicano le disposizioni della Legge sul contratto d'assicurazione (LCA), come pure le Condizioni generali d'assicurazione ai sensi della LCA (CGA-LCA) della Kolping.

14 Disposizioni finali

La «Panoramica delle prestazioni» relativa alle disposizioni aggiuntive dell'assicurazione complementare ospedaliera combinata ai sensi della LCA costituisce parte integrante delle presenti disposizioni.