

Edizione 1° gennaio 2022

Condizioni generali di assicurazione (CGA) per le assicurazioni integrative di malattia

Indice

In generale

- 1 Introduzione
- 2 Compagnia assicurativa
- 3 Persona assicurata
- 4 Basi del contratto

Estensione dell'assicurazione

- 5 Oggetto dell'assicurazione
- 6 Validità territoriale

Definizioni

- 7 Definizione di malattia, infortunio e maternità
- 8 Fornitrici e fornitori di prestazioni riconosciuti

Inizio e fine dell'assicurazione

- 9 Inizio e durata dell'assicurazione
- 10 Disdetta da parte della contraente o del contraente e rinuncia alla disdetta
- 11 Adeguamento delle CGA e delle CSA

Premi e partecipazione ai costi

- 12 Determinazione dei premi
- 13 Pagamento dei premi
- 14 Pagamento di franchigie, aliquote percentuali e richieste di rimborso delle prestazioni
- 15 Versamenti e rimborsi dei premi
- 16 Modifica dei premi, della franchigia e dell'aliquota percentuale

Obblighi della persona assicurata

- 17 Dovere di notifica e obbligo di collaborazione
- 18 Obblighi in caso di sinistro
- 19 Violazione dei doveri o degli obblighi
- 20 Debitore dell'onorario nei confronti delle fornitrici e dei fornitori di prestazioni

Limitazione della copertura assicurativa

- 21 Esclusioni di prestazioni
- 22 Sussidiarietà e prestazioni di terzi
- 23 Regresso
- 24 Compensazione
- 25 Costituzione in pegno e cessione
- 26 Tariffe delle fornitrici e dei fornitori di prestazioni
- 27 Accordi sull'onorario

Varie

- 28 Comunicazioni
- 29 Consulenza individuale in ambito della salute
- 30 Protezione dei dati
- 31 Foro competente
- 32 Diritto di disdetta particolare

In generale

1 Introduzione

Le presenti condizioni generali (CGA) d'assicurazione costituiscono la base per tutte le assicurazioni integrative, il cui contenuto è disciplinato nelle condizioni supplementari d'assicurazione (CSA).

2 Compagnia assicurativa

Helsana Assicurazioni integrative SA (di seguito denominata Helsana) corrisponde le prestazioni assicurative per le persone assicurate in qualità di parte contraente del contratto assicurativo.

3 Persona assicurata

È assicurata la persona riportata nella polizza assicurativa (contraente dell'assicurazione).

4 Basi del contratto

A meno che le disposizioni contrattuali non prevedano una normativa divergente, il contratto d'assicurazione è soggetto alle disposizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) valida dal 1° gennaio 2022. Per i contratti con inizio prima del 1° gennaio 2022, relativamente ai crediti di Helsana nei confronti degli assicurati vale ancora il termine di prescrizione di 2 anni.

Estensione dell'assicurazione

5 Oggetto dell'assicurazione

- 5.1 Nell'ambito delle seguenti disposizioni e in conformità alle condizioni supplementari d'assicurazione (CSA), le assicurazioni integrative all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie assicurano le conseguenze economiche di malattia, maternità e infortunio.
- 5.2 Nella polizza assicurativa sono indicate le assicurazioni stipulate presso Helsana e le condizioni particolari d'assicurazione (CPA) eventualmente convenute per tali assicurazioni.

6 Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo, salvo diversa disposizione.

Definizioni

7 Definizione di malattia, infortunio e maternità

- 7.1 È considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro.
- 7.2 La gravidanza e il parto sono equiparati alla malattia, a condizione che la madre, al momento del parto, sia stata assicurata presso Helsana per almeno 365 giorni contro le malattie e la copertura delle prestazioni di maternità non sia stata esclusa dall'assicurazione.
- 7.3 È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica.
- 7.4 Le lesioni corporali parificabili ai postumi d'infortunio secondo la legislazione sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) sono parificate agli infortuni.

8 Fornitrici e fornitori di prestazioni riconosciuti

- 8.1 Sono fornitrici e fornitori riconosciuti le persone e istituzioni definite tali dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
- 8.2 Le deroghe al paragrafo 8.1 sono riportate nelle CSA.

Inizio e fine dell'assicurazione

9 Inizio e durata dell'assicurazione

- 9.1 In caso di accettazione della proposta, la copertura assicurativa inizia il giorno riportato sulla polizza.
- 9.2 La durata contrattuale minima è di un anno. Un periodo assicurativo dura dal 1° gennaio fino al 31 dicembre. Per le stipulazioni di assicurazioni che avvengono nel corso di un anno civile, il premio è riscosso per l'anno d'assicurazione residuo. Alla data di scadenza e dopo ogni successivo anno d'assicurazione, il contratto si rinnova tacitamente per un altro anno.
- 9.3 L'assicurazione si estingue
- in caso di decesso della persona assicurata;
 - con il raggiungimento dell'età fino alla quale Helsana accorda la copertura assicurativa;
 - con la disdetta da parte della contraente o del contraente dopo la scadenza del termine contrattuale di disdetta;
 - in caso di trasferimento del domicilio o della dimora abituale all'estero, a meno che la persona assicurata non rimanga soggetta all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o continui

ad essere coperta dall'assicurazione di base ai sensi dell'art. 7a dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal).

10 Disdetta da parte della contraente o del contraente e rinuncia alla disdetta

- 10.1 La contraente o il contraente può disdire l'assicurazione dopo una durata assicurativa ininterrotta di un anno, per la fine di un anno civile osservando un preavviso di tre mesi.
- 10.2 La disdetta è avvenuta entro i termini se è pervenuta a Helsana, in forma scritta e firmata (a mano o scansionata in un documento elettronico), al più tardi l'ultimo giorno lavorativo prima dell'inizio del termine di disdetta di tre mesi.
- 10.3 Dopo ogni caso di sinistro per il quale Helsana deve corrispondere una prestazione, la contraente o il contraente può disdire l'assicurazione interessata entro 14 giorni dal pagamento dell'indennizzo o dall'avvenuta conoscenza di tale versamento. La copertura assicurativa si estingue 14 giorni dopo la ricezione di tale comunicazione da parte di Helsana.
- 10.4 Helsana non ha alcun diritto di rescissione contrattuale alla scadenza del contratto o in caso di sinistro. Resta salvo il diritto di disdetta di entrambe le parti per motivi gravi.

11 Adeguamento delle CGA e delle CSA

- 11.1 L'assicuratore è autorizzato ad adeguare le condizioni generali (CGA) e supplementari (CSA) d'assicurazione per uno dei seguenti motivi:
- ampliamento del numero o riconoscimento di nuovi generi di fornitrici e fornitori di prestazioni;
 - sviluppi della medicina moderna;
 - riconoscimento di forme di terapie nuove o più costose, come ad es. tecniche chirurgiche, medicinali o simili;
 - modifiche delle prestazioni nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
- 11.2 Se nel corso dell'assicurazione le CGA o le CSA vengono adeguate nel rispetto delle condizioni di cui al paragrafo 11.1, per la contraente o il contraente e per Helsana valgono le nuove disposizioni. Helsana comunica tali adeguamenti per iscritto alle contraenti e ai contraenti. Chi non è d'accordo con gli adeguamenti può disdire le relative assicurazioni alla data della modifica. Se Helsana non riceve la disdetta entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione, la modifica si considera accettata.

Premi e partecipazione ai costi

12 Determinazione dei premi

I premi vengono fissati secondo i criteri seguenti:

- 12.1 In funzione dell'età attuale della persona assicurata. Le tariffe sono strutturate in scaglioni di 5 anni (0-5 anni, 6-10 anni, ecc.). Al raggiungimento di una fascia d'età superiore la persona assicurata viene trasferita nel rispettivo livello di tariffa.
- 12.2 I premi per le persone assicurate d'età oltre i 65 anni ammontano al massimo al triplo dei premi per i trentenni, quelli per gli ultrasessantenni al massimo al quadruplo dei premi dei trentenni assicurati.
- 12.3 In funzione del domicilio della persona assicurata. Il premio viene adeguato in caso di cambiamento di domicilio in un'altra regione di premio.
- 12.4 In funzione al sesso (uomo/donna) della persona assicurata. Il premio viene adeguato in caso di cambiamento di sesso nel registro dello stato civile.

13 Pagamento dei premi

- 13.1 Di regola, i premi sono riscossi a scadenza mensile, devono essere pagati in anticipo e scadono il primo giorno di ogni mese. Qualora fossero stati convenuti altri periodi di pagamento, i premi scadono il primo giorno del relativo periodo.
- 13.2 Se le contraenti o i contraenti non ottemperano ai propri obblighi di pagamento, saranno avvisati per iscritto in merito alle conseguenze di mora ed esortati a saldare l'importo entro 14 giorni dall'invio del sollecito. Se il sollecito resta senza effetto, l'obbligo di prestazione viene sospeso a partire dal termine indicato nel sollecito.
- 13.3 Per le malattie, gli infortuni e le loro conseguenze insorti durante la sospensione dell'obbligo di prestazioni, non è possibile far valere il diritto a prestazioni, neppure pagando successivamente l'importo dovuto.
- 13.4 Le spese, quali le spese di sollecito e di riscossione, derivanti dal mancato pagamento dei premi vanno a carico della rispettiva contraente o del rispettivo contraente. Anche per gli accordi di pagamento rateale in caso di pagamenti arretrati viene riscossa una tassa.

14 Pagamento di franchigie, aliquote percentuali e richieste di rimborso delle prestazioni

- 14.1 In caso di pagamenti diretti di Helsana alle fornitrici e ai fornitori di prestazioni, le contraenti e i contraenti sono tenuti a rimborsare a Helsana le franchigie e le aliquote percentuali convenute entro 30 giorni dalla fatturazione emessa da Helsana.

- 14.2 Le prestazioni indebitamente percepite devono essere rimborsate a Helsana entro i 30 giorni successivi alla fatturazione.

- 14.3 Se le contraenti o i contraenti non adempiono all'obbligo di pagamento, si applicano per analogia i paragrafi 13.2, 13.3 e 13.4.

15 Versamenti e rimborsi dei premi

- 15.1 Helsana effettua i versamenti in maniera conforme alla legge all'ultimo indirizzo o indirizzo di pagamento indicato dalla persona assicurata.
- 15.2 Se il premio è stato pagato in anticipo per una determinata durata d'assicurazione e il contratto si estingue, per motivi legali o previsti dalle norme contrattuali, prima della fine di tale durata, Helsana rimborsa il premio relativo al periodo d'assicurazione non fruito.
- 15.3 Non sussiste il diritto al rimborso se il contratto era in vigore da meno di un anno e la contraente o il contraente ha disdetto il contratto.

16 Modifica dei premi, della franchigia e dell'aliquota percentuale

Helsana può ridefinire annualmente la tariffa dei premi, gli sconti sui premi, la franchigia e l'aliquota percentuale in base allo sviluppo dei costi, all'andamento dei sinistri e all'adeguamento dell'estensione della copertura. Helsana comunica tali adeguamenti per iscritto alle contraenti e ai contraenti. Chi non è d'accordo con la nuova normativa, può disdire le relative assicurazioni con effetto a partire dalla data della modifica. Se entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di modifica Helsana non riceve alcuna disdetta, la modifica si considera accettata.

In caso di annullamento degli sconti sui premi a tempo determinato non sussiste alcun diritto di disdetta.

Obblighi della persona assicurata

17 Dovere di notifica e obbligo di collaborazione

- 17.1 Sul formulario di proposta occorre indicare, in modo veritiero e completo, tutti i fatti rilevanti per la valutazione del pericolo nella misura in cui sono noti o devono essere noti al momento della compilazione. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, Helsana può disdire il contratto per i relativi prodotti con una dichiarazione scritta entro quattro settimane dal momento in cui viene a conoscenza della reticenza. Il recesso ha effetto dal momento in cui perviene alla contraente o al contraente.

- 17.2 Se l'assicurazione viene sciolta mediante disdetta, si estingue anche l'obbligo a prestazioni di Helsana per quanto concerne danni già occorsi qualora la loro causa o entità sia stata influenzata da un fatto rilevante taciuto o dichiarato inesattamente. Se l'obbligo a prestazioni è già stato adempiuto, Helsana ha diritto a un rimborso.
- 17.3 Le persone assicurate esonerano i fornitori di prestazioni che li curano o li hanno curati dall'obbligo del segreto medico nei confronti di Helsana e li autorizzano a rilasciare a Helsana ogni utile informazione per la trattazione del caso.
- 17.4 Se una persona assicurata cambia domicilio o sesso, deve comunicarlo immediatamente a Helsana.

18 Obblighi in caso di sinistro

- 18.1 La persona assicurata deve intraprendere tutto ciò che è atto a favorire la guarigione ed evitare tutto ciò che la ritarda. In particolare deve attenersi alle prescrizioni mediche delle fornitrici e dei fornitori di prestazioni.
- 18.2 Quando si richiedono prestazioni assicurative, devono essere consegnate a Helsana tutte le fatture delle fornitrici e dei fornitori di prestazioni. Possono essere presentate anche in forma elettronica, ad es. come documento PDF scansionato oppure tramite il portale per le clienti e i clienti myHelsana. Vengono riconosciute solo fatture originali. Helsana può richiedere inoltre alla persona assicurata certificati medici, rapporti, documenti, ecc.

19 Violazione dei doveri o degli obblighi

- 19.1 Se vengono violati gli obblighi in caso di sinistro, Helsana può ridurre le prestazioni a sua discrezione e limitarle all'importo per il quale Helsana avrebbe obbligo di prestazione in assenza di violazione dell'obbligo.
- 19.2 Queste sanzioni legali non trovano applicazione quando la violazione degli obblighi è da considerare non colposa in base alle circostanze oppure la persona assicurata può dimostrare che la violazione non ha alcuna influenza sul verificarsi dell'evento temuto e sull'entità delle prestazioni dovute da Helsana.

20 Debitore dell'onorario nei confronti delle fornitrici e dei fornitori di prestazioni

Generalmente le contraenti e i contraenti sono debitori dell'onorario nei confronti delle fornitrici e dei fornitori di prestazioni. Restano salvi gli accordi tra Helsana e le fornitrici e i fornitori di prestazioni concernenti un pagamento diretto.

Limitazione della copertura assicurativa

21 Esclusioni di prestazioni

- 21.1 Non sussiste copertura assicurativa per:
- malattie, infortuni e loro conseguenze già esistenti al momento della stipulazione dell'assicurazione;
 - malattie, infortuni e loro conseguenze insorti dopo l'estinzione dell'assicurazione, anche se nel corso della durata assicurativa erano state corrisposte prestazioni;
 - costi di trattamenti non efficaci, non appropriati o non economici. Sono considerati non economici i provvedimenti terapeutici che non si limitano alla misura necessaria nell'interesse della persona assicurata e dello scopo del trattamento. L'efficacia deve essere dimostrata secondo metodi scientifici;
 - trattamenti e operazioni estetiche;
 - cure dentarie, a meno che non ne sia prevista esplicitamente la copertura in singole assicurazioni;
 - malattie e infortuni causati da pericoli straordinari. Sono considerati tali:
 - la partecipazione a disordini;
 - il servizio militare all'estero;
 - la partecipazione ad azioni belliche e ad atti di terrorismo, l'esecuzione premeditata di crimini o delitti compiuti o tentati;
 - la partecipazione a risse e baruffe, a meno che persone assicurate non siano state ferite dai litiganti pur non avendo preso parte alla rissa oppure soccorrendo una persona indifesa;
 - i pericoli cui le persone assicurate si espongono provocando gli altri;
 - malattie e infortuni causati da atti temerari. Vi è atto temerario se le persone assicurate si espongono a un pericolo particolarmente grave senza prendere o poter prendere le precauzioni per limitare il rischio a proporzioni ragionevoli. Sono tuttavia assicurati gli atti di salvataggio di persone, anche se si possono considerare temerari;
 - malattie e infortuni dovuti a eventi bellici:
 - in Svizzera;
 - all'estero, a meno che le persone assicurate si ammalinino o siano vittime d'infortunio entro 14 giorni dall'inizio di tali eventi nel paese nel quale soggiornano ed esse siano state colte di sorpresa dall'inizio delle ostilità belliche;
 - danni alla salute causati dall'azione di radiazioni ionizzanti e dall'energia atomica;
 - malattie e infortuni dovuti all'abuso di alcol, medicinali, droghe e sostanze chimiche;
 - trapianti di organi per i quali la Federazione svizzera per i compiti comunitari degli assicuratori malattia (SVK), Soletta, ha convenuto forfait per singoli casi. Ciò vale anche per le cliniche senza forfait per singoli casi;
 - partecipazioni ai costi, legali o convenute, nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
 - automutilazioni e suicidi compiuti o tentati.

21.2 Restano salve ulteriori esclusioni delle prestazioni in base alle disposizioni delle singole assicurazioni.

22 Sussidiarietà e prestazioni di terzi

22.1 Tutte le prestazioni sono accordate a complemento delle prestazioni delle assicurazioni sociali. In caso di contemporaneo obbligo di prestazione da parte di più assicuratori privati, si applicano le disposizioni legali in materia di assicurazione plurima secondo la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

22.2 Se per le conseguenze della malattia o dell'infortunio vi sono terzi responsabili tenuti a prestazioni, Helsana accorda le sue prestazioni, con riserva del paragrafo 23 CGA, solo quando per la contraente o il contraente non ne risulti un guadagno.

23 Regresso

23.1 Helsana eroga le prestazioni a condizione che la persona assicurata le ceda i propri diritti nei confronti dei terzi tenuti a prestazione fino a concorrenza delle prestazioni corrisposte da Helsana. La persona assicurata si impegna a collaborare e a non intraprendere nulla che possa ostacolare l'esercizio di un eventuale diritto di regresso nei confronti di terzi.

23.2 Se, senza il consenso di Helsana, le persone assicurate prendono accordi con terzi tenuti a prestazioni in base ai quali esse rinunciano, parzialmente o totalmente, a prestazioni assicurative o di risarcimento danni, il diritto alle prestazioni nei confronti di Helsana decade.

24 Compensazione

24.1 Helsana può compensare prestazioni da pagare con crediti nei confronti della contraente o del contraente.

24.2 Le contraenti e i contraenti non hanno nessun diritto di compensazione nei confronti di Helsana.

25 Costituzione in pegno e cessione

Senza il consenso di Helsana, i crediti non possono essere legalmente costituiti in pegno né ceduti.

26 Tariffe delle fornitrici e dei fornitori di prestazioni

Helsana riconosce le tariffe vigenti per le assicurazioni sociali svizzere. Restano salve le disposizioni divergenti nelle condizioni supplementari d'assicurazione (CSA).

27 Accordi sull'onorario

Gli accordi sull'onorario tra il fatturante e le persone assicurate non sono vincolanti per Helsana. Il diritto a prestazioni sussiste soltanto nell'ambito della tariffa riconosciuta da Helsana per il fornitore di prestazioni interessato.

Varie

28 Comunicazioni

28.1 Le contraenti e i contraenti ricevono le comunicazioni di Helsana all'ultimo indirizzo postale segnalato, all'indirizzo e-mail o sul portale per le clienti e i clienti myHelsana (in questo caso segue avviso via e-mail), oppure le comunicazioni sono rese note nel sito Internet di Helsana e nell'allegato annuale alla polizza.

28.2 Se non diversamente stabilito nelle CGA o nelle CSA, le comunicazioni scritte possono essere inviate sia dalle contraenti e dai contraenti a Helsana (ad es. all'indirizzo postale o all'e-mail del servizio clienti indicato sulla polizza) sia viceversa in forma cartacea o elettronica.

29 Consulenza individuale in ambito della salute

Helsana può fornire alla persona assicurata una consulenza e un accompagnamento più individuali e più integrali utilizzando le informazioni già disponibili nei suoi dossier d'assicurazione presso le diverse società di Helsana (se necessario previo consenso nel singolo caso), segnatamente sui medicinali, sui trattamenti e sulle diagnosi come anche sull'età e sul sesso. In particolar modo, Helsana può fornire alla persona assicurata consigli e idee concernenti le misure di prevenzione e promozione della salute sostenute da Helsana o, a richiesta, fornire consulenza su qualsiasi domanda inerente alla salute. Helsana può avvertire inoltre la persona assicurata se, ad esempio, constata alcune intolleranze. Helsana può aiutare la persona assicurata a selezionare i fornitori di prestazioni e proporre offerte mirate riguardo a prodotti e servizi che ella potrebbe ritenere vantaggiose.

Nell'ambito del servizio «consulenza individuale sulla salute», fornito da Helsana Assicurazioni integrative SA, valgono le disposizioni rilevanti in materia di protezione dei dati e di utilizzo del sito www.helsana.ch/consulenza-sulla-salute. È possibile revocare il consenso concesso tramite la stipula del contratto per la consulenza individuale sulla salute in qualsiasi momento.

30 Protezione dei dati

- 30.1 La dichiarazione sulla protezione dei dati di Helsana Assicurazioni integrative SA è disponibile su www.helsana.ch/protezione-dei-dati o può essere richiesta al servizio clienti.
- 30.2 Helsana può, nel rispetto della legge svizzera sulla protezione dei dati (LPD), inoltrare i dati delle clienti e dei clienti per l'elaborazione a terzi coinvolti in Svizzera e all'estero, nonché ad altre società di Helsana e ad altre assicurazioni per la verifica e il disbrigo dei diritti a prestazioni, nella misura in cui ciò sia necessario per questi scopi. Helsana inoltra i dati delle clienti e dei clienti necessari a questo scopo a terzi incaricati per il coordinamento delle prestazioni dei sinistri in Svizzera e all'estero e per la verifica delle fatture di fornitrici e fornitori di prestazioni esteri. Helsana inoltra i dati necessari delle clienti e dei clienti alla persona responsabile e alla sua assicurazione di responsabilità civile per l'attuazione dei diritti di regresso derivanti dalle verifiche dei casi di prestazione. Inoltre, Helsana trasmette i dati necessari per l'elaborazione delle prestazioni e dei contratti per questi scopi, nella misura necessaria, a società di recupero crediti in relazione a crediti in sospeso, autorità, avvocati, periti e altri esperti esterni. Nel quadro dell'esternalizzazione completa o parziale di settori aziendali e servizi (ad es. traffico dei pagamenti e servizi informatici come lo storage) in Svizzera e all'estero, Helsana può incaricare terzi o altre società di Helsana del trattamento dei dati delle contraenti e dei contraenti. Helsana garantisce che i responsabili del trattamento siano contrattualmente obbligati a rispettare un'adeguata sicurezza dei dati e altri requisiti di protezione dei dati. Il rispetto dei requisiti è verificato da Helsana. Ciò può includere non solo i dati delle clienti e dei clienti come nomi, data di nascita e numero d'assicurato, ma anche i dati che richiedono una protezione speciale, in particolare i dati personali sullo stato di salute. I requisiti legali per il trattamento di dati degni di particolare protezione sono più severi. Helsana, tenuto conto della legge sulla protezione dei dati, può inoltre richiedere le opportune informazioni ad autorità, uffici amministrativi e altri soggetti terzi in relazione all'esecuzione del contratto, comprese le informazioni sull'andamento dei sinistri, nonché divulgare i dati

in adempimento a obblighi di legge o regolatori oppure per tutelare interessi legittimi (ad es. per far valere e difendersi da pretese, per indagini ufficiali). I legittimi interessi e i possibili destinatari dei dati sono riportati nella dichiarazione sulla protezione dei dati ai sensi del paragrafo 30.1.

- 30.3 Sulla scorta delle informazioni disponibili nei suoi dossier d'assicurazione e in quelli presso altre società di Helsana, segnatamente su medicinali, trattamenti, diagnosi e costi nonché demografia dei suoi assicurati, Helsana può comprendere meglio come – senza riferimento alla singola assicurata e al singolo assicurato – i costi nel sistema sanitario possono svilupparsi ed essere contenuti, come Helsana deve adeguare i suoi meccanismi, ad es. di definizione dei premi, e i contratti con le fornitrici e i fornitori di prestazioni, come la qualità dei trattamenti può essere migliorata e cosa è possibile fare per promuovere la salute e la guarigione dei suoi assicurati. Per questi scopi Helsana conduce ricerche. I dati relativi allo stato di salute utilizzati a tal fine sono previamente criptati o anonimizzati. Ulteriori indicazioni sono contenute nella dichiarazione sulla protezione dei dati. La persona assicurata acconsente a tali attività di ricerca. La persona assicurata può revocare il consenso in toto o in parte in qualsiasi momento con effetto per il futuro notificandolo al servizio clienti.

31 Foro competente

Per le vertenze giuridiche derivanti dal contratto assicurativo sono competenti, a scelta, i tribunali del luogo di domicilio delle persone assicurate e degli aventi diritto o i tribunali della sede di Helsana.

32 Diritto di disdetta particolare

Per le coperture assicurative in vigore prima del 1° gennaio 2008, la contraente o il contraente ha il diritto di disdire l'intero contratto in deroga ai paragrafi 10.3, 11.2 e 16 delle presenti CGA.

Condizioni supplementari d'assicurazione (CSA) HOSPITAL FLEX

Indice

In generale

1 Scopo

Prestazioni

2 Condizione per le prestazioni

3 Prestazioni ospedaliere

4 Durata delle prestazioni ospedaliere

5 Prestazioni all'estero

6 Prestazioni per neonati

7 Forfait per parto

8 Prestazioni per la sistemazione di persone d'accompagnamento (rooming-in)

9 Cure balneari

10 Cure di convalescenza

11 Aiuto domiciliare

12 Durata delle prestazioni per le cure e per l'aiuto domiciliare

13 Servizio d'assistenza ai bambini

14 Esclusione di prestazioni

Varianti assicurative

15 Variante assicurativa con scelta limitata dell'ospedale

Premi

16 Adeguamento dei premi

Varie

17 Sistema bonus

18 Sospensione della copertura assicurativa

1.2 Sono assicurate le prestazioni a seguito di malattia, infortunio e maternità. La copertura dell'infortunio può essere esclusa.

Prestazioni

2 Condizione per le prestazioni

2.1 La condizione per la corresponsione di tutte le prestazioni è che vi sia la necessità medica, nonché l'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità dei trattamenti.

2.2 Per fruire di prestazioni di maternità, l'assicurazione deve sussistere da almeno 365 giorni dall'inizio dell'assicurazione.

2.3 Le prestazioni per una degenza ospedaliera sono corrisposte solo in caso di necessità di ospedalizzazione.

3 Prestazioni ospedaliere

3.1 Al più tardi al momento del ricovero in ospedale, la persona assicurata decide in quale reparto farsi curare. Per le prestazioni nel reparto comune non è riscalata alcuna partecipazione ai costi. Per le prestazioni nel reparto semiprivato o privato, la persona assicurata partecipa ai costi nella misura stabilita nella polizza.

3.2 Le prestazioni per una degenza o un trattamento in un ospedale, in una clinica di riabilitazione o in una clinica psichiatrica che soddisfano le condizioni previste dal paragrafo 8.1 delle condizioni generali d'assicurazione (CGA) sono assunte alla tariffa riconosciuta dall'assicuratore per l'istituto interessato. Al fine di concretizzare tale principio, per gli ospedali che non figurano negli elenchi cantonali di pianificazione e degli ospedali secondo l'articolo 39 LAMal (ospedale figurante nell'elenco), sussiste un diritto alle prestazioni dalla presente assicurazione soltanto se l'assicuratore ha stipulato un contratto LAMal con il rispettivo ospedale (ospedale convenzionato LAMal di Helsana).

L'assicuratore allestisce una lista degli ospedali convenzionati LAMal di Helsana, che fornisce informazioni sulle offerte di prestazioni riconosciute. Tale lista viene costantemente aggiornata e può essere consultata presso l'assicuratore o se ne può richiedere un estratto.

In generale

1 Scopo

1.1 L'assicurazione integrativa ospedaliera HOSPITAL FLEX corrisponde le seguenti prestazioni a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie:

- libera scelta dell'ospedale in tutta la Svizzera: costi per un maggiore comfort alberghiero e costi per la scelta del medico dovuti a una degenza nel reparto comune, semiprivato o privato per danni alla salute acuti in un ospedale, comprese le cliniche di riabilitazione e le cliniche psichiatriche;
- contributo per i trattamenti ospedalieri all'estero; e corrisponde inoltre contributi, se assicurati, per:
 - vitto e alloggio in caso di cure acute e transitorie stazionarie;
 - cure balneari e di convalescenza;
 - aiuto domiciliare;
 - servizio d'assistenza ai bambini.



3.3 Per le prestazioni delle cure acute e transitorie stazionarie risultanti necessarie dopo una degenza ospedaliera e prescritte dall'ospedale, l'assicuratore corrisponde, se assicurati secondo il paragrafo 1.1 CSA e a complemento dell'obbligo a prestazioni secondo la Legge sull'assicurazione malattie (LAMal), i costi scoperti per vitto e alloggio fino a CHF 100.– al giorno per un massimo di 14 giorni per anno civile.

4 Durata delle prestazioni ospedaliere

- 4.1 In caso di un trattamento stazionario in un ospedale per casi acuti o in una clinica di riabilitazione, le prestazioni assicurate per danni alla salute acuti sono corrisposte senza limite di tempo purché, considerando la diagnosi e l'intero trattamento medico, la degenza in un ospedale sia necessaria dal profilo medico e si possa attendere un miglioramento dello stato di salute.
- 4.2 In caso di un trattamento stazionario in una clinica psichiatrica, le prestazioni assicurate sono corrisposte per al massimo 60 giorni nell'arco di un anno civile purché, considerando la diagnosi e l'intero trattamento medico, la degenza in una clinica psichiatrica sia necessaria dal profilo medico e non sussista un disturbo cronico.

5 Prestazioni all'estero

In caso di degenza stazionaria in un ospedale per casi acuti o in una clinica psichiatrica all'estero, per i costi dei trattamenti scientificamente riconosciuti e finalizzati nonché per il vitto e l'alloggio è corrisposto l'importo giornaliero convenuto per al massimo 60 giorni per anno civile.

6 Prestazioni per neonati

L'assicuratore si assume da HOSPITAL FLEX della madre i costi di degenza del neonato sano durante il ricovero della madre, tuttavia al massimo per 10 settimane.

7 Forfait per parto

Se il parto ha luogo in una casa da parto ambulatoriale, a casa o ambulatorialmente in un ospedale, l'assicuratore corrisponde il forfait per parto convenuto.

8 Prestazioni per la sistemazione di persone d'accompagnamento (rooming-in)

In caso di trattamento stazionario in ospedale, l'assicuratore accorda contributi per i costi di vitto e alloggio in ospedale di un accompagnatore che ha stretti rapporti con la persona assicurata. La prestazione assicurata è corrisposta al massimo per 15 giorni per anno civile.

9 Cure balneari

- 9.1 Sono corrisposte prestazioni per cure balneari se sono assicurate secondo il paragrafo 1.1 CSA.
- 9.2 La cura balneare deve essere prescritta dal medico prima dell'inizio della cura e deve avvenire stazionalmente in uno stabilimento di cura balneare svizzero o europeo sotto direzione medica e riconosciuto dall'assicuratore.
- 9.3 Vi è diritto a prestazioni solo se la cura balneare è stata preceduta da un trattamento intenso, riconosciuto scientificamente e finalizzato oppure se una terapia ambulatoriale, riconosciuta scientificamente e finalizzata non è possibile. Inoltre, all'inizio della cura balneare deve essere effettuata una visita medica d'entrata e devono essere eseguiti provvedimenti balneoterapici e fisici secondo un piano di cura. La durata minima di una cura balneare è di 14 giorni.

10 Cure di convalescenza

- 10.1 Sono corrisposte prestazioni per cure di convalescenza se sono assicurate secondo il paragrafo 1.1 CSA.
- 10.2 La cura di convalescenza deve essere eseguita in una casa di cura riconosciuta dall'assicuratore.
- 10.3. La cura di convalescenza deve essere prescritta da un medico e necessaria dal profilo medico alla guarigione completa o al ristabilimento della salute dopo una malattia grave. La prescrizione della cura di convalescenza da parte del medico deve essere inviata all'assicuratore 10 giorni prima dell'inizio della cura, con indicazione dello stabilimento termale o dell'istituto di cura e della data dell'inizio della cura.



11 Aiuto domiciliare

- 11.1 Sono corrisposte prestazioni per l'aiuto domiciliare se sono assicurate secondo il paragrafo 1.1 CSA e se una persona assicurata necessita di un aiuto domiciliare a causa di una malattia acuta e della propria situazione familiare.
- 11.2 La necessità deve essere dimostrata da un certificato medico.
- 11.3 In caso di degenza in case di cura o in istituti simili, non si corrispondono prestazioni per l'aiuto domiciliare.

12 Durata delle prestazioni per le cure e per l'aiuto domiciliare

Per le cure balneari e di convalescenza, l'assicuratore corrisponde i costi dimostrati fino a un massimo di CHF 100.– al giorno durante al massimo 21 giorni per anno civile per entrambe le cure insieme. Per i costi dimostrati dell'aiuto domiciliare, sono corrisposti CHF 50.– al giorno durante al massimo 30 giorni per anno civile.

13 Servizio d'assistenza ai bambini

- 13.1 Se una persona assicurata è degente stazionariamente in ospedale, l'assicuratore si assume, se assicurati secondo il paragrafo 1.1 CSA, i costi dell'assistenza da parte di terzi a uno o più bambini di età inferiore a 15 anni che si trovano sotto l'autorità parentale della persona assicurata se l'assistenza ha luogo durante la settimana durante gli abituali orari di lavoro. L'assunzione è limitata a un massimo di 30 ore per anno civile.
- 13.2 Le prestazioni sono assunte solo se la persona assicurata si rivolge precedentemente alla centrale di organizzazione designata dall'assicuratore e se l'assistenza è organizzata da tale centrale.

14 Esclusione di prestazioni

- 14.1 A complemento delle esclusioni di prestazioni indicate al paragrafo 21 CGA, da HOSPITAL FLEX non sono corrisposte prestazioni:
- per il trattamento e l'assistenza di persone che soffrono di malattie psichiche croniche;
 - per le degenze in case di cura;
 - per soggiorni in cliniche psichiatriche diurne o notturne;
 - per le degenze in un ospedale che non figura sulla lista dell'assicuratore se è stata stipulata la variante d'assicurazione con scelta limitata dell'ospedale.
- 14.2 Il paragrafo 21.1 lettera I CGA non trova applicazione per la presente assicurazione.

Varianti assicurative

15 Variante assicurativa con scelta limitata dell'ospedale

- 15.1 L'assicuratore può, offrendo una riduzione di premio, proporre una variante assicurativa con scelta limitata dell'ospedale. Per tale variante l'assicuratore stila una lista in cui figurano gli ospedali che si possono scegliere. Tale lista viene costantemente aggiornata e può essere consultata presso l'assicuratore o se ne può richiedere un estratto.
- 15.2 In caso di degenza in un ospedale non figurante su tale lista dell'assicuratore non si assumono i costi.
- 15.3 Tale variante assicurativa può essere stipulata insieme a un'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie con scelta limitata dell'ospedale. Per le persone assicurate che hanno stipulato tale forma particolare d'assicurazione dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, le disposizioni restrittive per la fruizione di prestazioni disciplinate nelle rispettive condizioni generali d'assicurazione valgono analogamente anche per la presente assicurazione. Se tale forma particolare dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie viene disdetta o annullata, la rispettiva variante assicurativa non può essere mantenuta e avviene il trasferimento automatico a HOSPITAL FLEX senza la variante assicurativa con scelta limitata dell'ospedale.

Premi

16 Adeguamento dei premi

- 16.1 I premi vengono calcolati in base all'età e al sesso della persona assicurata. Le persone assicurate sono inserite nella fascia d'età corrispondente alla loro età attuale.
- 16.2 Il paragrafo 12.2 CGA per le assicurazioni integrative di malattia non trova applicazione per il prodotto HOSPITAL FLEX.



Varie

17 Sistema bonus

L'assicuratore si riserva il diritto di integrare un sistema bonus nella presente assicurazione integrativa ospedaliera. Le persone assicurate sono trasferite automaticamente nel nuovo prodotto assicurativo con tale sistema. In deroga ai termini di disdetta ordinari previsti dalle CGA, tali persone hanno il diritto di recedere da HOSPITAL FLEX, con effetto retroattivo, entro tre mesi dal trasferimento.

18 Sospensione della copertura assicurativa

- 18.1 Il contraente può sospendere il diritto alle prestazioni di FLEX se può dimostrare che per l'assicurazione da sospendere è disponibile una copertura altrove (contratto collettivo, assicurazione malattia aziendale, assicurazione all'estero, ecc.). In tal caso è accordata una riduzione di premio.
- 18.2 Entro 30 giorni dalla cessazione dell'altra copertura assicurativa, qualora il contraente desiderasse mantenere la copertura assicurativa pattuita inizialmente, egli deve riattivare tale copertura assicurativa, dopodiché i premi verranno adeguati ai sensi del paragrafo 12 CGA. In caso d'inosservanza di questo termine, per la continuazione delle assicurazioni si applicano le condizioni di una nuova ammissione.

