

Condizioni complementari (CC)

Assicurazione malattie complementare Basic (LCA) - Ambulatoriale, Complementare, Ospedale

Osservazione:

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

Come è composta l'assicurazione malattie complementare Basic?

L'assicurazione malattie complementare Basic si compone delle componenti di prestazione

- Basic Ambulatoriale
- Basic Complementare
- Basic Ospedale

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 per degenze stazionarie a carico dell'assicurazione malattie complementare Basic, 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 per degenze stazionarie dall'assicurazione Basic, 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 a una stessa degenza stazionaria ricadano in periodi di osservazione differenti, lo sconto per assenza di prestazioni viene meno solo per un anno.

Gli assicurati che stipulano per la prima volta un'assicurazione Basic 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 Basic.

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

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 di-

sdetta 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.

I Componente di prestazione Basic Ambulatoriale

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

Cosa copre l'assicurazione?

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

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

1. Generalità

1.1 Quali presupposti devono sussistere?

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

Le prestazioni dell'assicurazione Basic Ambulatoriale vengono corrisposte per provvedimenti diagnostici e terapeutici, medicinali e mezzi ausiliari efficaci, appropriati ed economici. Le prestazioni vengono corrisposte esclusivamente a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Le componenti di costo coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e le partecipazioni ai costi deri-

vanti dall'assicurazione malattie obbligatoria non sono assicurate da Basic Ambulatoriale, a prescindere dal fatto che l'assicurazione obbligatoria esista o meno. In ogni caso l'assicurazione corrisponde al massimo i costi effettivi. Non è possibile escludere il rischio d'infortunio dalla copertura assicurativa.

2. Catalogo delle prestazioni

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

Basic Ambulatoriale		Disposizioni particolari
<p>Medicamenti (prescritti da un medico)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Medicamenti ammessi per l'indicazione in questione da Swissmedic, l'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici <p>Nessun contributo per i preparati indicati nella Lista dei preparati farmaceutici a carico degli assicurati (LPFA), come pur per i farmaci indicati nella lista dei medicinali della Visana (cfr. cifra 3.5 delle CGA)</p>	90 %	Cifra 3.1
<p>Chirurgia estetica</p> <p>Correzione delle orecchie sporgenti secondo la tariffa locale usuale</p>	90 %	
<p>Sterilizzazione/Vasectomia (secondo tariffa locale usuale)</p>	90 %	
<p>Interventi di chirurgia dentaria (secondo la tariffa vigente per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ resezione del filetto delle labbra ■ resezione apicale ■ estrazione dentaria con separazione e apertura ■ estrazione di un dente ritenuto/incluso ■ estrazione chirurgica di denti del giudizio (compresi l'anestesia, le radiografie necessarie ed il trattamento successivo) <p>importo massimo per anno civile</p>	25 % CHF 500.–	
<p>Ortodonzia (correzione della posizione dei denti) (secondo la tariffa vigente per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie)</p> <p>importo massimo per persona assicurata (diagnosi, pianificazione, trattamento, compresi gli apparecchi ed i controlli successivi fino alla fine del trattamento)</p>	80 % CHF 10'000.–	
<p>Mezzi ausiliari ed apparecchi (prescritti da un medico)</p> <p>Contributo all'acquisto o al noleggio a complemento dell'assicurazione sociale (LAMal, LAINF, AI, AVS, PC, AM)</p> <p>importo massimo per anno civile</p>	90 % CHF 1'000	Cifra 3.2
<p>Lenti per occhiali e lenti a contatto</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Bambini e adolescenti fino all'età di 18 anni importo massimo per anno civile ■ Adulti importo massimo ogni tre anni 	90 % CHF 200.– 90 % CHF 200.– 90 %	

Lenti per occhiali / a contatto per una correzione superiore a 10 diottrie importo massimo per anno civile Nessuna prestazione per i costi delle montature di occhiali e degli adattamenti di lenti a contatto	CHF 750.–	
Aiuto domestico e cura a domicilio Contributo giornaliero durante 30 giorni al massimo per anno civile Contributo giornaliero durante ulteriori 30 giorni al massimo per anno civile	CHF 50.– CHF 25.–	Cifra 3.3
Maternità Visite di controllo ed esami ad ultrasuoni (secondo la tariffa vigente per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie)	90 %	
Visite preventive/check-up Visita preventiva ginecologica (secondo la tariffa vigente per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) Check-up ogni tre anni (secondo la tariffa vigente per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) importo massimo	90 % 90 % CHF 300.–	
Vaccinazioni protettive e di viaggio (secondo la tariffa vigente per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) importo massimo per anno civile	90 % CHF 200.–	
Costi di trasporto e di viaggio Trasporti di malati necessari dal profilo medico fino allo stabilimento ospedaliero più vicino (secondo la tariffa vigente per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie) importo massimo per anno civile Costi di viaggio importo massimo per anno civile	90 % CHF 20'000.– 50% CHF 2'000.–	Cifra 3.4
Costi di ricerca, salvataggio e ricupero importo massimo per viaggio In caso di ricupero della salma vengono assunti i costi di trasporto fino al comporre della salma nella bara	90 % CHF 25'000.–	Cifra 3.5
Estero Sono accordate, per otto settimane per viaggio, le prestazioni dell'assicurazione viaggi Vacanza. Non si corrispondono prestazioni se l'assicurato si reca all'estero con l'intento di farsi curare.	Si	

3. Disposizioni particolari

3.1 Medicamenti

Quando l'Ufficio federale della sanità pubblica fissa nell'elenco delle specialità una limitazione per un medicamento, con lo scopo di evitarne l'abuso, non si corrisponde nessuna prestazione dall'assicurazione Basic Ambulatoriale oltre la limitazione prevista, per la consegna del relativo medicamento limitato. Se l'Ufficio federale della sanità pubblica fissa per un medicamento un importo massimo relativo al rimborso tramite l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, l'eventuale differenza dal prezzo d'acquisto non viene assunta dall'assicurazione Basic Ambulatoriale.

La Visana Assicurazioni SA può ridurre le sue prestazioni quando i prezzi e gli aumenti dei prezzi dei fabbricanti oltrepassano le norme abituali (ad esempio, quando sono superiori alle raccomandazioni della Commissione federale dei medicamenti). Essa può fare altrettanto in caso di margini di profitto esagerati a favore di medici, farmacisti o stabilimenti ospedalieri. Una riduzione delle prestazioni è possibile soltanto in caso di trattative infruttuose con i fabbricanti ed i medici oppure con i farmacisti e le case di cura.

3.2 Mezzi ausiliari ed apparecchi

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

3.3 Aiuto domestico e cura a domicilio

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

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

Sono considerati parenti prossimi il partner (coniuge o convivente), i genitori, i figli ed i loro partner, come pure i fratelli e le sorelle ed i loro partner.

Se per l'assistenza alla persona assicurata un parente prossimo deve interrompere o abbandonare la sua attività lucrativa, la Visana Assicurazioni SA corrisponde parimenti i contributi.

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

3.4 Costi di viaggio

La Visana Assicurazioni SA corrisponde i contributi per i costi di viaggio quando il paziente deve sottoporsi ad una serie di trattamenti speciali ambulatoriali che non possono essere attuati che in un centro sanitario definito, lontano dal luogo di domicilio (ad esempio: clinica universitaria). Si tratta in particolare di emodialisi, trattamenti dovuti a paralisi e radioterapie per il trattamento di affezioni cancerogene.

Quale base di valutazione valgono i costi per il viaggio in 2a classe con mezzi pubblici di trasporto oppure in ragione di CHF -60 per km per l'impiego di mezzi privati (tassi compreso).

3.5 Costi di salvataggio

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

3.6 Assicurazione viaggi Vacanza

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

La copertura assicurativa viene meno se manca l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e/o in caso di trasferimento del domicilio (centro degli interessi vitali) all'estero.

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

3.7 Prestazioni di soccorso immediato Assistance

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

Le prestazioni di 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.

3.8 Sono parti integranti della componente di prestazione Basic Ambulatoriale:

CGA LCA 2022 per l'assicurazione viaggi Vacanza della Visana Assicurazioni SA

CGA 2012 per le prestazioni di servizio della «Visana Assistance CH» della Visana Assicurazioni SA.

II Componente di prestazione Basic Complementare

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

Cosa si può assicurare?

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

contributi ai costi di trattamento, terapie e medicinali della medicina complementare in ambito ambulatoriale e stazionario.

1. Generalità

1.1 Quali presupposti devono sussistere?

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

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

Le prestazioni vengono corrisposte unicamente a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

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

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

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

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

2. Catalogo delle prestazioni

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

3. Disposizioni particolari

3.1 Medicamenti

Le prestazioni vengono corrisposte per

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

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

3.2 Prestazioni escluse

Non vengono corrisposte prestazioni per le seguenti forme terapeutiche:

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

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

III Componente di prestazione Basic Ospedale

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

Cosa si può assicurare?

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

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, come pure l'assicurazione Assistance per prestazioni di pronto soccorso 24 ore su 24 in Svizzera, sono coassicurate.

Quali sono le varianti proposte dall'assicurazione Basic Ospedale?

Le 4 varianti di base dell'assicurazione Basic Ospedale sono:

- Basic Ospedale comune
- Basic Ospedale semiprivato
- Basic Ospedale privato Europa
- Basic Ospedale privato Mondo

Partecipazione opzionale ai costi

In caso di degenza in un 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 2'000.-
- CHF 5'000.-
- 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 % della partecipazione ai 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.

1. Generalità

1.1 Quali presupposti devono sussistere?

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

Le prestazioni dell'assicurazione Basic 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 Basic 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 Basic 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 richiesta presso l'agenzia competente.

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

2. Catalogo delle prestazioni

2.1 Cosa è assicurato?

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

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

La copertura assicurativa viene meno se manca l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e/o in caso di trasferimento del domicilio (centro degli interessi vitali) all'estero. L'estensione delle prestazioni risulta dalle Condizioni generali del

contratto d'assicurazione (CGA) LCA 2022 per l'assicurazione viaggi Vacanza di Visana Assicurazioni SA.

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

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 Ospedale non assicurato 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	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 Quali paesi fanno parte dell'Europa?

I paesi europei limitati a est dagli Urali, compresi gli stati sulle coste del Mediterraneo Egitto, Algeria, Israele, Libano, Libia, Marocco, Siria, Tunisia e Turchia. Inoltre le isole Canarie, Madeira, Islanda e Groenlandia.

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

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

In deroga all'articolo 1.2, per i contratti stipulati prima del 1° luglio 2017 vale quanto segue:

Per la componente di prestazione Basic 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. 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.

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

Se la classe ospedaliera assicurata viene cambiata dopo il 30.06.2017, 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.

Fanno parte integrante dei componenti delle prestazioni Basic Ospedale:

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