

Condizioni complementari (CC)

Assicurazione malattie complementare (LCA)

Cura a domicilio e di lunga durata

Osservazione:

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

Le presenti condizioni complementari costituiscono parte integrante del contratto d'assicurazione. Si rimanda esplicitamente alle Condizioni generali del contratto d'assicurazione per le assicurazioni malattie complementari.

Cosa copre l'assicurazione?

Nell'assicurazione complementare per cura a domicilio e di lunga durata si possono assicurare:

- A. contributi di cura per degenze stazionarie in istituti** e reparti per malati cronici e persone bisognose di medicalizzazione;
- B. contributi di cura per l'assistenza e la cura sanitaria** di malati cronici e persone bisognose di medicalizzazione **a domicilio**. Ambedue le varianti possono anche essere stipulate separatamente.

Quali varianti si possono stipulare nell'assicurazione per cura a domicilio e di lunga durata?

Si possono assicurare contributi di cura per i seguenti importi:

Variante	Contributo minimo per giorno	Contributo supplementare in gradi di	Contributo massimo per giorno
A. Contributi di cura per degenze stazionarie	CHF 15.–	CHF 5.–	CHF 200.–
B. Contributi di cura per assistenza a domicilio	CHF 15.–	CHF 5.–	CHF 50.–

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 di-

sdetta in tal senso equivale a una conferma d'accettazione della modifica.

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.

A Contributi di cura per degenze stazionarie in istituti

1. Generalità

1.1 Quali presupposti devono sussistere?

L'assicurazione complementare per cura a domicilio e di lunga durata è un'assicurazione danni.

Le prestazioni dell'assicurazione per cura a domicilio e di lunga durata vengono corrisposte per alloggio, assistenza sanitaria e trattamento in istituti o reparti (ad esempio: in case medicalizzate) appropriati, riconosciuti dalla pianificazione cantonale degli ospedali e delle case di cura, in caso di degenza di malati cronici e assicurati bisognosi di medicalizzazione.

La premessa per l'erogazione delle prestazioni è costituita dall'indicazione medica (vale a dire che la diagnosi e la totalità dei provvedimenti necessari giustificano la degenza in un istituto appropriato) relativa al trattamento stazionario ed all'assistenza sanitaria. 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 derivanti dall'assicurazione malattie obbligatoria non sono assicurate da Cura a domicilio e di lunga durata, a prescindere dal fatto che l'assicurazione obbligatoria esista o meno. In ogni caso l'assicurazione corrisponde al massimo i costi effettivamente occorsi.

Quando la persona assicurata non ha obblighi di sostentamento nei confronti del coniuge e/o dei figli, si corrispondono le prestazioni solo nella misura in cui il reddito personale dell'assicurato, comprese le prestazioni delle assicurazioni sociali ed esclusi gli assegni per grandi invalidi e le prestazioni complementari, non sono sufficienti a coprire i costi di alloggio, assistenza sanitaria e trattamento. Per il calcolo del reddito personale ci si basa sul reddito imponibile. Nel calcolo del reddito non viene considerato un importo pari al 15% del reddito personale, quale cosiddetta quota libera. Le prestazioni vengono corrisposte in Svizzera.

2. Catalogo delle prestazioni

2.1 Cosa copre l'assicurazione?

Il contributo di cura assicurato (previa deduzione di eventuali riduzioni in mancanza di obblighi di sostentamento) viene corrisposto per una durata illimitata a partire dal primo giorno della degenza stazionaria.

B Contributi di cura per assistenza e cura sanitaria a domicilio

3. Generalità

3.1 Quali presupposti devono sussistere?

Le prestazioni vengono corrisposte quali

- contributo ai costi dell'assistenza sanitaria di base nell'ambito della cura medica extraospedaliera
- contributo alle prestazioni sanitarie supplementari in caso di assenza o di incapacità lavorativa per malattia della persona che assiste normalmente l'assicurato e si occupa della sua economia domestica
- contributo all'assistenza sanitaria di un malato cronico da parte dei familiari.

Le premesse per la corresponsione delle prestazioni sono:

- che si possa evitare il ricovero ospedaliero o in casa di cura
- che la necessità di ricovero e di assistenza sanitaria sia attestata da un medico
- che l'assistenza sanitaria a domicilio sia appropriata dal profilo medico.

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 da Cura a domicilio e di lunga durata, a prescindere dal fatto che l'assicurazione obbligatoria esista o meno. In ogni caso l'assicurazione corrisponde al massimo i costi effettivamente occorsi (assicurazione contro i danni).

4. Catalogo delle prestazioni

4.1 Assistenza sanitaria di base nell'ambito della cura medica extraospedaliera

Il contributo di cura assicurato viene corrisposto al massimo durante 90 giorni per anno civile.

Le prestazioni vengono corrisposte per l'assistenza sanitaria prestata da personale con formazione specifica.

4.2 Prestazioni sanitarie supplementari

Il contributo di cura assicurato viene corrisposto al massimo durante 60 giorni per anno civile.

Le prestazioni vengono corrisposte quando la persona che presta l'assistenza sanitaria e si occupa dell'economia domestica è assente o completamente inabile al lavoro in seguito a

malattia. L'incapacità lavorativa deve essere attestata dal medico.

4.3 Cure a domicilio prestate dai familiari

CHF 15.– al giorno per le prestazioni di assistenza sanitaria prestata da familiari dopo un periodo d'attesa di 60 giorni. Il periodo d'attesa inizia da capo per ogni anno civile.

5. Disposizioni particolari

5.1 Diritto alle prestazioni

Le prestazioni secondo le cifre da 4.1 a 4.3 possono essere richieste contemporaneamente, a condizione che siano soddisfatti i rispettivi singoli requisiti.