

Ripresa del portafoglio

(assicurazioni chiuse)

Condizioni generali d'assicurazione (CGA) Edizione 01.2027

La polizza menziona le persone e le prestazioni assicurate, inoltre la data d'inizio della copertura assicurativa, la durata del contratto ed eventuali accordi particolari.

Per ciò che concerne le prestazioni assicurate, sono vevoli le singole parti delle presenti Condizioni generali d'assicurazione.

Le disposizioni comuni ed i concetti definiti in allegato sono applicabili a tutte le prestazioni.

A complemento delle presenti Condizioni generali d'assicurazione è vevole la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Tali disposizioni valgono esclusivamente per una invariata continuazione delle assicurazioni supplementari dei clienti CSS già esistenti secondo la precedente legge (Legge federale sull'assicurazione contro le malattie LAMI).

Tali assicurazioni non possono essere né stipulate ex novo, né possono essere modificate.

Sono possibili unicamente delle riduzioni delle prestazioni, da notificare per iscritto per la fine di ogni mese civile.

Indice

I	Disposizioni comuni	2
1	Carattere d'assicurazione complementare	2
2	Malattia, infortunio, maternità	2
3	Durata del contratto e fine della copertura assicurativa	2
4	Rimborso dei premi	2
5	Polizza sostitutiva	2
6	Ritardo dei pagamenti del contraente d'assicurazione	2
7	Partecipazione alle spese	2
8	Computo dei precedenti anni assicurativi	2
9	Modifica delle tariffe dei premi, delle regolamentazioni sulla partecipazione alle spese come pure delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per singole prestazioni	2
10	Cambiamento del gruppo d'età tariffario	2
11	Cambiamento di domicilio	2
12	Caso di prestazioni, comunicazione, esercizio dei diritti	3
13	Prestazioni non assicurate, prestazioni limitate	3
14	Riduzioni delle prestazioni	3
15	Contratti con i fornitori di prestazioni	3
16	Coincidenza con prestazioni degli assicuratori sociali ed altri assicuratori	3
17	Conto della salute	3
18	Foro competente e protezione dei dati	3
II	Assicurazione per spese di guarigione ambulatoriali	3
19	Estensione delle prestazioni	3
III	Assicurazione ospedaliera comune	4
20	Estensione delle prestazioni	4
21	Carattere combinatorio	4

IV	Assicurazione d'indennità giornaliera	4
22	Estensione delle prestazioni	4
23	Limitazioni delle prestazioni	4
24	Estinzione dell'assicurazione	4
25	Conversioni	4
V	Assicurazione per spese di cure ospedaliere	4
26	Estensione delle prestazioni	4
27	Limitazioni delle prestazioni	4
28	Sistema di calcolo	4
29	Ripartizione in gruppi di età	4
VI	Assicurazione delle spese d'ospedalizzazione	5
30	Prestazione giornaliera assicurata	5
31	Estensione delle prestazioni	5
32	Ripartizione in gruppi di età	5
VII	Assicurazione di cura medica per malati cronici	5
33	Condizioni di prestazioni	5
34	Estensione delle prestazioni: prestazioni di base e prestazioni supplementari	5
35	Limitazione delle prestazioni	6
36	Sistema di calcolo	6
VIII	Appendice	6

I Disposizioni comuni

Art. 1 Carattere d'assicurazione complementare

Se non specificato a parte, tutte le prestazioni sono assicurate in modo particolare a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal).

Art. 2 Malattia, infortunio, maternità

- 2.1 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.
- 2.2 È considerato infortunio qualsiasi danno, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario, che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte. Sulla polizza, per ogni prestazione è riportato se è anche assicurato l'infortunio. Quando nelle presenti condizioni generali d'assicurazione si parla di malattia, per analogia ciò vale anche per gli infortuni.
- 2.3 Se non regolamentato altrimenti nelle Condizioni generali d'assicurazione, in caso di maternità (gravidanza, parto, puerperio), versiamo le stesse prestazioni previste per la malattia.

Art. 3 Durata del contratto e fine della copertura assicurativa

- 3.1 La durata del contratto è di un anno.
- 3.2 L'assicurazione può essere disdetta per iscritto in qualsiasi momento per la fine di un mese civile.
- 3.3 In caso di probabile sovrassicurazione permanente, ambedue i contraenti possono disdire o ridurre per iscritto l'assicurazione d'indennità giornaliera.
La persona assicurata comunica immediatamente alla CSS quando:
- a) cessa di svolgere la sua attività lavorativa remunerata;
 - b) riduce notevolmente la sua attività lavorativa remunerata;
 - c) stipula altre assicurazioni sostitutive del salario;
 - d) il reddito è di oltre il 25% inferiore rispetto a quello precedente.
- 3.4 In caso di omissione delle notificazioni di cui alla lett. a–d, la CSS non è più legata all'assicurazione d'indennità giornaliera.
Se tali notificazioni pervengono alla CSS, la copertura assicurativa continua a sussistere, se la CSS non recede entro 14 giorni dal ricevimento di detta notificazione oppure se la CSS non la adatta alla nuova situazione. Qualora la CSS dovesse recedere dal contratto, la garanzia si estingue dopo 14 giorni dal ricevimento della notificazione.
- 3.5 Per modifiche dei premi, delle regole di partecipazione alle spese come pure delle Condizioni generali d'assicurazione si applica l'articolo 9.
- 3.6 L'assicurazione si estingue in caso di:
- a) trasferimento del domicilio all'estero;
 - b) soggiorni temporanei all'estero di oltre un anno, per la fine dell'anno assicurativo.

Art. 4 Rimborso dei premi

Se il contratto viene sospeso prima della fine della durata del contratto, la CSS rimborsa i premi pagati prorata, salvo che:

- a) la persona assicurata abbia disdetto il contratto in caso di prestazioni durante il primo anno assicurativo;
- b) la persona assicurata abbia leso degli obblighi allo scopo di indurre in errore.

Art. 5 Polizza sostitutiva

Se il contratto sostituisce un precedente contratto della CSS, le prestazioni limitate, percepite con la polizza rimpiazzata vengono computate sulle prestazioni future.

Art. 6 Ritardo dei pagamenti del contraente d'assicurazione

Dopo 30 giorni dalla scadenza della fattura per premi, le partecipazioni alle spese oppure altri pagamenti, si applicano gli interessi di mora.

Art. 7 Partecipazione alle spese

Per le persone assicurate si applicano gli importi di franchigia riportati sulla polizza e, se non indicato diversamente, si applica una quota-parte generale del 10%. Sulle prestazioni con limitazione d'importo, come pure sulle prestazioni per soggiorni ospedalieri, non si applica la quota-parte percentuale.

Art. 8 Computo dei precedenti anni assicurativi

Il computo dei precedenti anni assicurativi (prima dell'1.1.1997) avviene assunto nei portafogli ripresi sotto forma di ribasso fedeltà.

Art. 9 Modifica delle tariffe dei premi, delle regolamentazioni sulla partecipazione alle spese come pure delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per singole prestazioni

- 9.1 In caso di cambiamento delle tariffe dei premi o delle regolamentazioni della partecipazione alle spese (franchigia, quota-parte) la CSS può adattare il contratto.
- 9.2 La CSS ha il diritto di adattare le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per singole prestazioni, più precisamente, in caso di aumento del numero o affermazione di nuovi tipi di fornitori di prestazioni, in seguito all'evoluzione della medicina moderna oppure in seguito all'affermazione di nuove o costose forme terapeutiche.
- 9.3 Le modifiche saranno rese note al più tardi 25 giorni prima della fine dell'anno assicurativo. Se la persona assicurata non è d'accordo con le modifiche apportate, può disdire la prestazione toccata dalle modifiche oppure l'intero contratto. La disdetta è considerata valida se viene recapitata alla CSS al più tardi l'ultimo giorno dell'anno assicurativo. Se la CSS non riceve alcuna disdetta entro 25 giorni dal ricevimento della comunicazione di modifica, ciò è considerato come consenso.

Art. 10 Cambiamento del gruppo d'età tariffario

- 10.1 La CSS può adattare i premi per l'inizio dei seguenti gruppi d'età tariffari:

0°–18° anno d'età	46°–50° anno d'età
19°–25° anno d'età*	51°–55° anno d'età
26°–30° anno d'età	56°–60° anno d'età
31°–35° anno d'età	61°–65° anno d'età
36°–40° anno d'età	66°– anno d'età in poi
41°–45° anno d'età	* ass. d'indennità giornaliera individuale: 16°–25° anno di età

- 10.2 In caso di adattamento del premio a seguito di passaggio in un gruppo d'età tariffario superiore sussiste il diritto di disdetta.

Art. 11 Cambiamento di domicilio

Se la modifica dell'indirizzo comporta la modifica del premio, la CSS adegua i premi con effetto alla data della modifica dell'indirizzo. La modifica del premio viene comunicata alla persona assicurata con una nuova polizza. In caso di aumento del premio, la persona assicurata ha il diritto di disdire il contratto in questione per iscritto con effetto alla fine del mese in corso. La disdetta è considerata tempestiva se perviene alla CSS al più tardi entro 25 giorni dal ricevimento della nuova polizza. In mancanza di disdetta, ciò vale come accettazione dell'adeguamento della relativa assicurazione.

Art. 12 Caso di prestazioni, comunicazione, esercizio dei diritti

- 12.1 Assicurazione d'indennità giornaliera:
- a) se il contratto termina, il diritto a prestazioni si estingue al più tardi dopo 30 giorni ininterrotti;
 - b) i diritti debbono essere esercitati immediatamente.
- 12.2 Tutte le rimanenti prestazioni:
- a) Caso di prestazioni:
Un caso di prestazioni è una fattura di un fornitore di prestazioni comprovante il suo onere per prestazioni contrattuali nell'arco di tempo di tre mesi al massimo. Se il contratto termina, il diritto a prestazioni si estingue al più tardi dopo tre mesi.
 - b) Comunicazione:
I ricoveri ospedalieri devono essere immediatamente comunicati alla CSS. Su richiesta la CSS rilascia una garanzia di pagamento nell'ambito delle prestazioni assicurate.
 - c) L'inizio di una cura deve essere comunicato anticipatamente e in tempo utile alla CSS, presentando un certificato del medico curante correlato di un rapporto con motivazione particolareggiata.
- 12.3 Esercizio dei diritti:
Ai fini dell'esercizio dei diritti devono essere presentate alla CSS le fatture originali ed i certificati medici, dai quali sono rilevabili le singole prestazioni e la loro legittimità.

Art. 13 Prestazioni non assicurate, prestazioni limitate

Prestazioni non assicurate:

- 13.1 prestazioni legali, in modo particolare quelle secondo la LAMal e la LAINF;
- 13.2 prestazioni non riconosciute scientificamente, non prescritte da un medico, non adatte allo scopo e non economiche, se le CGA non menzionano esplicitamente altro;
- 13.3 prestazioni per maternità e le malattie inerenti, quando la gravidanza si è verificata prima dell'inizio dell'assicurazione;
- 13.4 i soggiorni in ospedale non utili al miglioramento o alla preservazione dello stato di salute (malattie croniche);
- 13.5 cure di disassuefazione;
- 13.6 trattamenti cosmetici;
- 13.7 terapia cellulare;
- 13.8 prestazioni sulla differenza tra i costi fatturati e le tariffe applicate dagli ospedali per gli abitanti del cantone, se, per ragioni mediche, la persona assicurata usufruisce dei servizi offerti da un ospedale situato fuori dal suo cantone di domicilio;
- 13.9 malattie ed infortuni in seguito a violazioni della neutralità ed eventi bellici, come pure l'impiego di energia atomica a scopo militare in tempi di guerra e di pace;
- 13.10 infortuni causati da terremoti, oppure da crimini e delitti intenzionali causati dalla persona assicurata;
- 13.11 malattie ed infortuni in seguito a pericoli straordinari ed atti temerari;
- 13.12 partecipazioni alle spese, aliquote dei pazienti e spese;
- 13.13 per il periodo precedente alla comunicazione del caso di prestazioni ritardata e non scusabile;
- 13.14 in caso di mancata osservanza delle prescrizioni del medico o di altri fornitori di prestazioni.

Limitazione delle prestazioni:

- 13.15 la CSS eroga prestazioni all'estero soltanto finché non ci si possa aspettare un rientro in Svizzera della persona assicurata; la CSS versa prestazioni che la persona assicurata è in grado di documentare fino all'importo eventualmente riportato sulla polizza e per l'ammontare previsto per il luogo di domicilio svizzero della persona assicurata;
- 13.16 in caso di soggiorni in cliniche psichiatriche oppure in reparti ospedalieri, esiste il diritto alle prestazioni soltanto durante 360 giorni su un periodo di 900 giorni consecutivi.

Art. 14 Riduzioni delle prestazioni

- 14.1 Se la copertura assicurativa non ha la durata di un anno civile intero, l'importo massimo assicurato viene ridotto proporzionalmente.
- 14.2 La CSS rinuncia a ridurre le prestazioni nei casi di negligenza grave.
Le riduzioni delle prestazioni di altre assicurazioni non saranno tuttavia integrate.

Art. 15 Contratti con i fornitori di prestazioni

La CSS si riserva la possibilità di concordare delle tariffe per le prestazioni ed altre convenzioni relative alle prestazioni a favore della persona assicurata.

Art. 16 Coincidenza con prestazioni degli assicuratori sociali ed altri assicuratori

- 16.1 Nei casi di prestazioni per i quali è d'obbligo l'indennizzazione secondo la LAINF, la LAMal, l'assicurazione militare oppure l'assicurazione invalidità, nell'ambito delle prestazioni assicurate, la CSS paga soltanto la parte di prestazioni dovute, non coperta da tali assicuratori.
- 16.2 In caso d'assicurazione doppia o multipla, la CSS versa le prestazioni in modo proporzionale, conformemente alle disposizioni legali.

Art. 17 Conto della salute

- 17.1 Estensione delle prestazioni:
La CSS partecipa ai costi per misure preventive individuali nell'ambito del conto della salute della CSS.
- 17.2 Campo d'applicazione:
Le condizioni relative al conto della salute sono applicabili su:
- ass. per spese di guarigione ambulatoriali
 - ass. ospedaliera comune
 - ass. per spese di cure ospedaliere
 - ass. delle spese d'ospedalizzazione
 - ass. di cura medica per malati cronici

Art. 18 Foro competente e protezione dei dati

- 18.1 In caso di controversie, la persona assicurata può intentare un'azione contro la CSS al luogo di domicilio in Svizzera o a Lucerna.
- 18.2 La protezione dei dati è disciplinata dalla LCA e dalla legge federale sulla protezione dei dati (LPD). Le modalità di elaborazione dei dati presso la CSS sono illustrate nella dichiarazione sulla protezione dei dati, che descrive come la CSS tratta i dati personali. La dichiarazione sulla protezione dei dati ha valore dichiarativo e non è parte integrante del contratto. Può essere consultata al sito css.ch/protezione-dati o richiesta all'indirizzo CSS, Incaricato della protezione dei dati, Tribschenstrasse 21, casella postale 2568, 6002 Lucerna.

II Assicurazione per spese di guarigione ambulatoriali

Art. 19 Estensione delle prestazioni

La CSS paga:

- a) i costi per medici, farmacisti, chiropratici e di altri fornitori di prestazioni menzionati nella LAMal;
- b) medicinali scientificamente riconosciuti prescritti da un medico, esclusi i medicinali della «Lista dei prodotti farmaceutici a carico degli assicurati»;
- c) per i costi di lenti di occhiali o a contatto, CHF 200 e più esattamente: per ogni paio di occhiali per bambini e una volta ogni tre anni civili per gli adulti;
- d) i necessari esami agli ultrasuoni in caso di gravidanza;

- e) CHF 200 indennità di allattamento per ogni bambino, a condizione che il bambino venga allattato al minimo per un periodo di 30 giorni e che sia assicurato presso la CSS;
- f) esami ginecologici preventivi;
- g) il 50 % delle spese per correzioni della posizione dei denti (trattamento d'ortopedia dento-facciale e misure d'ortodonzia), al massimo CHF 3000 per assicurato, fino al compimento del 20esimo anno di età compiuto;
- h) un aiuto domestico, le prestazioni Spitex, come pure gli importi indicati sulla polizza per cure di convalescenza. Nei casi d'emergenza tali prestazioni sono assicurate in tutto il mondo; le prestazioni ospedaliere al massimo per quanto dovuto al luogo di domicilio della persona assicurata.

III Assicurazione ospedaliera comune

Art. 20 Estensione delle prestazioni

La CSS paga i costi per la divisione comune degli ospedali pubblici e privati in tutta la Svizzera, conformemente alla lista degli ospedali per la CSS vincolante secondo la LAMal.

Art. 21 Carattere combinatorio

L'assicurazione ospedaliera comune è valevole soltanto in combinazione con l'assicurazione per emergenze come pure con l'assicurazione per cure e assistenza. Se le prestazioni assicurate in combinazione vengono soppresse, si estingue anche l'assicurazione.

IV Assicurazione d'indennità giornaliera

Art. 22 Estensione delle prestazioni

Le prestazioni si conformano alle disposizioni sull'assicurazione facoltativa d'indennità giornaliera secondo LAMal.

- 22.1 La CSS paga la comprovata perdita di guadagno dovuta ad un'incapacità lavorativa assicurata.
- 22.2 La variante assicurata, l'ammontare, la durata ed il periodo di differimento sono riportati sulla polizza.
- 22.3 Il periodo di differimento viene computato soltanto una volta nell'arco di 365 giorni.
- 22.4 Il diritto all'indennità giornaliera assicurata sussiste in caso di comprovata perdita di guadagno e in caso di incapacità lavorativa di almeno 50 %.
- 22.5 In caso di incapacità lavorativa parziale di almeno 50 % attestata da un medico, la CSS versa l'importo d'indennità giornaliera assicurata proporzionalmente al grado dell'incapacità lavorativa.
- 22.6 Per i disoccupati è valevole l'articolo 73 LAMal.

Art. 23 Limitazioni delle prestazioni

- 23.1 Il diritto alle prestazioni d'indennità giornaliera esiste soltanto per l'ammontare che non supera la perdita di guadagno della persona assicurata; eccettuate le indennità giornaliere per maternità.
- 23.2 In caso di incapacità lavorativa all'estero, la CSS paga tali prestazioni soltanto in caso di un eventuale ricovero ospedaliero.
- 23.3 In caso di incapacità lavorativa la persona assicurata non può rinunciare all'indennità giornaliera per evitare l'esaurimento del diritto.

Art. 24 Estinzione dell'assicurazione

La presente assicurazione si estingue:

- a) al raggiungimento della durata complessiva delle prestazioni (esaurimento del diritto);
- b) per la fine del mese civile in cui la persona assicurata raggiunge l'età AVS, l'assicurazione d'indennità giornaliera viene ridotta a CHF 2.

Art. 25 Conversioni

- 25.1 Le persone assicurate disoccupate che ancora durante il loro periodo lavorativo avevano stipulato un'assicurazione d'indennità giornaliera con un periodo di differimento di oltre 30 giorni possono trasformare, indipendentemente dal loro stato di salute, la loro assicurazione d'indennità giornaliera in un'assicurazione con periodo di differimento di 30 giorni.
- 25.2 Le domande di conversione debbono essere presentate entro 30 giorni dal subentrare del motivo di modificazione. Entro tale termine la CSS concede l'adeguamento alla nuova situazione, senza tenere conto dello stato di salute.
- 25.3 Le persone assicurate con rapporto lavorativo dipendente possono adeguare il periodo di differimento al pagamento continuato del salario da contratto di lavoro.

V Assicurazione per spese di cure ospedaliere

Art. 26 Estensione delle prestazioni

- 26.1 Fino a concorrenza dell'importo riportato sulla polizza, la CSS paga:
 - a) i costi emergenti in ospedale per trattamenti medici, compresi interventi chirurgici, metodi curativi scientificamente riconosciuti, analisi, laboratorio, visite, uso della sala operatoria e della sala parto, narcosi, assistenza operativa, materiale di medicazione, esami radiologici, raggi X, medicinali, particolari sorveglianze per ammalati, cure del paziente, disinfezioni;
 - b) i trasporti urgenti nel prossimo ospedale appropriato;
 - c) i trattamenti ambulatoriali eseguiti per ragioni mediche in ospedale.
- 26.2 Sono assicurati tutti i trattamenti ospedalieri necessari nell'arco di 365 giorni.
Se nell'arco di 730 giorni la CSS versa il doppio dell'importo riportato sulla polizza, tale copertura assicurativa si estingue definitivamente.

Art. 27 Limitazioni delle prestazioni

Non sono assicurate le cure come anche i soggiorni in cliniche di convalescenza e di cura.

Art. 28 Sistema di calcolo

La CSS paga per costi ospedalieri nel seguente ordine:

- a) prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal) e altre assicurazioni complementari con prestazioni per spese d'ospedalizzazione;
- b) eventuali prestazioni a carico dell'assicurazione per spese d'ospedalizzazione;
- c) prestazioni a carico dell'assicurazione per spese di cure ospedaliere.

Art. 29 Ripartizione in gruppi di età

La ripartizione in gruppi di età valida finora rimane invariata.

VI Assicurazione delle spese d'ospedalizzazione

Art. 30 Prestazione giornaliera assicurata

La prestazione giornaliera assicurata è riportata sulla polizza.

Art. 31 Estensione delle prestazioni

31.1 La CSS paga:

- a) i costi emergenti in ospedale; per le persone assicurate che non hanno obblighi di sostentamento o di assistenza, le prestazioni sono pagate solo nella misura in cui i redditi personali della persona assicurata, comprese le prestazioni delle assicurazioni sociali federali non bastano a sopperire alle spese di camera e pensione. Non è computato il 15 % degli introiti personali, al minimo tuttavia CHF 300 al mese, considerata cosiddetta quota libera;
- b) il 50 %, tuttavia al massimo CHF 50 al giorno, per:
 - cure balneari stazionarie prescritte da un medico ed eseguite in stazioni termali sotto direzione medica in Svizzera, a condizione che la persona assicurata in precedenza sia stata sottoposta a trattamenti a causa di affezioni dell'apparato motorio e di sostegno, che la cura duri almeno due settimane, che sia sotto il controllo del medico dello stabilimento di cura e che preveda provvedimenti balneari e fisici;
 - cure di convalescenza conseguenti ad un soggiorno ospedaliero o puerperio;
 - parti nella casa della levatrice, fino a 15 giorni;
 - spese di cura a domicilio, nei casi in cui la persona assicurata necessita dell'aiuto di un assistente retribuito, limitatamente a 30 volte l'importo riportato sulla polizza per anno civile;
 - e' considerata come ausiliaria anche una persona che vive in comunione domestica con la persona assicurata che a causa delle cure necessarie dedicate ad uno dei coinquilini subisce una comprovata perdita di guadagno;
 - l'aiuto, di cui la persona assicurata, in caso di completa incapacità al lavoro attestata dal medico necessita per se stesso, la sua famiglia o la sua economia domestica e quest'aiuto è prestato da una persona al servizio di un'istituzione d'utilità pubblica o da una comunità o da una persona che non sia parente prossimo della persona assicurata, limitatamente a 30 volte l'importo riportato sulla polizza per anno civile;
 - questa prestazione può essere percepita anche durante un ricovero ospedaliero, è invece escluso un contemporaneo versamento delle prestazioni per cure a domicilio.

31.2 Le prestazioni sono assicurate per 720 giorni nell'arco di 900 giorni consecutivi e, in caso di tubercolosi, a tempo illimitato. Le prestazioni per maternità non vengono computate alla durata del diritto a prestazioni.

31.3 In caso di riduzione delle prestazioni, i giorni di prestazioni percepiti sono computati in modo da dividere l'importo complessivo delle prestazioni versate per la piena prestazione giornaliera assicurata. I giorni che ne risultano sono considerati globalmente sulla durata delle prestazioni a contare dal primo giorno in cui l'indennità è versata.

Art. 32 Ripartizione in gruppi di età

La ripartizione in gruppi d'età valida finora rimane invariata.

VII Assicurazione di cura medica per malati cronici

Art. 33 Condizioni di prestazioni

La persona assicurata ha diritto alle prestazioni, se cumulativamente le seguenti condizioni sono rispettate:

- a) in caso di trattamento stazionario, se:
 - una malattia grave richiede un regolare trattamento medico;
 - sono necessarie cure importanti prodigate da un'équipe diretta da una persona qualificata (almeno un'infermiera diplomata dalla Croce Rossa) più volte o almeno durante un'ora al giorno;
 - lo stato di salute esige il ricovero in un ospedale per malati cronici da noi riconosciuto, avente carattere ospedaliero;
 - le cure e l'assistenza non possono essere richieste né dai parenti, né da un servizio di cure comunali e se la necessità di un'ospedalizzazione è comprovata da un medico;
- b) in caso di trattamento ambulatoriale, se:
 - dal punto di vista medico, le cure a domicilio sono necessarie e adatte allo scopo;
 - delle cure importanti eseguite da personale curante riconosciuto sono necessarie più volte o almeno un'ora al giorno;
 - grazie alle cure a domicilio, può essere evitato il ricovero in ospedale o in una casa di cura medicalizzata.

Art. 34 Estensione delle prestazioni: prestazioni di base e prestazioni supplementari

34.1 La CSS paga le seguenti prestazioni di base:

- a) fino a CHF 20 al giorno per i costi di un aiuto domestico, nel caso in cui la persona assicurata completamente inabile al lavoro necessita di un aiuto per sé stesso, la sua famiglia o la sua economia domestica e quest'aiuto è prestato da una persona al servizio di un'istituzione d'utilità pubblica o da una comunità o da una persona che non sia parente prossimo della persona assicurata. E' esclusa la possibilità di cumulare con le prestazioni per la cura a domicilio, ai sensi della seguente cifra 2;
- b) aiuti terapeutici, letti di cura e altri mezzi ausiliari secondo la lista;
- c) fino a CHF 2000 per anno civile per i trasporti medicalmente necessari in uno stabilimento ospedaliero, per lo spostamento da uno stabilimento ospedaliero ad un altro oppure per la cura a domicilio nonché per terapie da eseguire necessariamente fuori di casa. La CSS definisce inoltre le condizioni necessarie e l'entità del rimborso.

34.2 La CSS paga, oltre alle prestazioni di base della cifra 1, le prestazioni giornaliere che figurano sulla polizza, vale a dire, per un periodo massimo di 1440 giorni, per:

- a) cure a domicilio, se è necessario impiegare del personale curante che risponde alle condizioni di versamento delle prestazioni per trattamento ambulatoriale oppure per coprire una perdita di guadagno, se una persona che vive in comunione domestica con la persona assicurata subisce una comprovata perdita di guadagno a causa delle cure necessarie che deve apportare;
- b) in caso di trattamento ospedaliero, i costi per camera e pensione a complemento delle prestazioni secondo la LAMal; per le persone assicurate che non hanno obblighi di sostentamento o di assistenza, le prestazioni sono pagate solo nella misura in cui i redditi personali della persona assicurata, comprese le prestazioni delle

assicurazioni sociali federali non bastano a sopperire alle spese di camera e pensione.

Non sono computate le prestazioni complementari e l'assegno per grandi invalidi dell'AVS/AI come anche il 15% dei rimanenti introiti personali, al minimo tuttavia CHF 300 al mese, considerata cosiddetta quota libera.

Art. 35 Limitazione delle prestazioni

In caso di soggiorno medicalmente necessario in un ospedale diurno o notturno, le prestazioni supplementari assicurate saranno versate soltanto per la metà della prestazione giornaliera riportata sulla polizza.

Le prestazioni di base vengono pagate per intero.

Art. 36 Sistema di calcolo

La CSS versa le prestazioni nel seguente ordine:

- a) prestazioni a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal);
- b) prestazioni dell'assicurazione complementare della cura medica di malati cronici;
- c) altre prestazioni eventualmente assicurate.

VIII Appendice

Definizioni

Le presenti definizioni costituiscono parte integrante delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA). L'elenco è in ordine alfabetico.

Anno d'assicurazione

L'anno d'assicurazione corrisponde all'anno civile.

Assicurato

La persona assicurata.

Bambini

Sono considerati bambini, gli assicurati minorenni sino al 31 dicembre dell'anno in cui compiono 18 anni.

Chiropratico

Ogni persona autorizzata ad esercitare questa professione con un certificato d'abilitazione rilasciato dal Cantone e riconosciuto dalla Confederazione.

Contraente

Il nostro partner contrattuale. Egli non è obbligatoriamente assicurato. Nel testo delle CGA ci si rivolge al contraente dandogli del «Lei» o indicandolo come «persona assicurata».

Copertura integrale

Assicurazioni che non prevedono alcuna restrizione per malattie precedenti.

Copertura ulteriore

Prestazioni che noi continuiamo a pagare dopo l'estinzione della copertura assicurativa.

Cure

Cure balneari o cure di convalescenza.

Eestero

Tutti gli Stati, all'infuori della Svizzera.

Farmacista

Titolari di un diploma federale che li autorizza a esercitare la professione; ad essi sono parificate le altre persone au-

torizzate ad esercitare la professione di farmacisti sulla base di un attestato scientifico rilasciato dal cantone.

Fine del diritto/esaurimento delle prestazioni

La copertura assicurativa si estingue quando la durata complessiva delle prestazioni è raggiunta.

Fornitore di prestazioni

I fornitori di cure menzionati nella LAMal, in particolare medici, farmacisti, chiropratici, levatrici, persone che forniscono prestazioni su prescrizione o per conto di un medico, laboratori, ospedali, case di cura e stabilimenti di cura balneare.

Franchigia

Importo fisso per anno civile, che l'assicurato stesso paga.

Incapacità lavorativa

Sussiste incapacità lavorativa se l'assicurato non è più in grado di esercitare provvisoriamente o durevolmente la sua professione originaria o un'altra da lui esigibile e ciò è medicalmente provato. Un'altra attività è esigibile quando essa è adeguata alle conoscenze, alle capacità, alla situazione anteriore e allo stato di salute dell'assicurato.

Infortunio

E' considerato infortunio qualsiasi danno, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario, che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte. Sulla polizza, per ogni prestazione è riportato se è anche assicurato l'infortunio.

LADI

Legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza del 25 giugno 1982.

LPGA

Legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali

LAI

Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità del 19 giugno 1959.

LAINF

Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni del 20 marzo 1981.

LAM

Legge federale sull'assicurazione militare del 19 giugno 1992.

LAMal

Legge federale sull'assicurazione malattie del 18 marzo 1994.

LAMI

Legge federale sull'assicurazione contro le malattie del 13 giugno 1911 e del 13 marzo 1964.

LAVS

Legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti del 20 dicembre 1946.

LCA

Legge federale sul contratto d'assicurazione del 2 aprile 1908.

Lista dei preparati farmaceutici a carico dell'assicurato

Lista dei medicinali che non sono presi a carico dagli assicuratori malattie né a titolo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie e neppure a titolo delle assicurazioni complementari secondo la LCA.

LPP

Legge federale sulla previdenza professionale per la vecchiaia, i superstiti e l'invalidità del 25 giugno 1982.

Malattia

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.

Maternità

Se non regolamentato altrimenti nelle condizioni generali d'assicurazione, in caso di maternità (gravidanza, parto, puerperio), versiamo le stesse prestazioni previste per la malattia.

Medicamenti/farmaci

Un medicamento è riconosciuto quale scientifico quando è utilizzato secondo le prescrizioni del Compendio svizzero dei medicinali.

Medicina empirica

Non ufficiale o medicina classica.

Medico naturalista

Persona autorizzata ad esercitare la professione dalle autorità cantonali competenti.

Medico, dentista

Titolari di un diploma federale che li autorizza ad esercitare la professione; ad essi sono parificate le altre persone autorizzate; ad esercitare la professione medica sulla base di un attestato scientifico rilasciato dal cantone.

Ospedale

Sono considerati quali ospedali gli stabilimenti sotto direzione o sorveglianza medica, comprese le cliniche psichiatriche.

Partecipazione ai costi

Franchigia, quota-parte.

Premio anticipato

Premio provvisorio convenuto. Il premio definitivo è fissato in seguito.

Premio non utilizzato

Parte di premi pagati in anticipo dal contraente per un periodo d'assicurazione più lungo della durata della copertura assicurativa. Esso si calcola pro rata temporis.

Quota-parte

Percentuale della prestazione assicurata che l'assicurato stesso deve pagare.

Ricaduta

Riapparizione di una malattia.