
Contratto collettivo per le assicurazioni complementari s-care/h-care

secondo la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA)

Condizioni generali d'assicurazione (CGA) Sanitas Corporate Private Care

Edizione gennaio 2005 (versione 2013)

Sanitas Assicurazioni private SA con sede a Zurigo

sanitas

1 Basi del contratto

- 1 Formano le basi del contratto il contratto collettivo dell'impresa assicurata con Sanitas Assicurazioni private SA (in seguito denominata Sanitas), tutte le dichiarazioni scritte che l'impresa aderente, la persona assicurata (proponente e/o la persona assicurata) o i loro rappresentanti indicano nella proposta d'assicurazione e in altri documenti, come pure i rapporti medici.
- 2 I diritti e gli obblighi delle parti contraenti sono fissati nel contratto collettivo, nelle Condizioni generali d'assicurazione (CGA), nelle Condizioni Complementari (CC) e in eventuali Condizioni Particolari (CP).
- 3 Per questioni non espressamente regolate nei presenti documenti, fa stato la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).
- 4 In questa assicurazione collettiva, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) non può essere stipulata da sola.
- 5 Il testo redatto in forma maschile vale per analogia anche per persone di sesso femminile.

2 Oggetto dell'assicurazione

- 1 Sanitas assicura le conseguenze economiche di malattia, maternità e infortunio. Il rischio infortuni è incluso nell'assicurazione solo se figura sulla polizza.
- 2 Vengono rimborsati i costi che superano le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal, l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni LAINF, l'assicurazione d'invalidità federale (AI) e l'assicurazione militare federale (AM).

3 Prestazioni assicurate

- 1 La persona assicurata può scegliere fra le seguenti categorie di prestazioni e assicurazioni complementari. Tutti i prodotti assicurativi stipulabili sono elencati nel contratto collettivo dell'impresa assicurata.

Svizzera

- BASIC
- COMFORT
- PRIVATE
- ROYAL

Estero

- ROYAL ESTERO
- PRIVATE INTERNATIONAL

- 2 Le prestazioni vengono rimborsate nell'ambito dei costi non coperti. Per l'obbligo di prestazioni di Sanitas è determinante la data della cura, rispettivamente il momento in cui la prestazione assicurata è stata erogata dal fornitore di prestazioni.
- 3 Le prestazioni per malattia, maternità e infortunio non sono cumulabili.
- 4 Il diritto a prestazioni di maternità inizia 9 mesi dopo la ricezione della proposta da parte di Sanitas.
- 5 Per i frontalieri e i loro familiari, le prestazioni vengono erogate anche nella zona di frontiera con la Svizzera.
- 6 Sanitas ha il diritto di esaminare i costi per interventi medici in merito a efficacia, adeguatezza ed economicità delle misure adottate. Inoltre, viene effettuata un'analisi comparativa delle prestazioni fatturate, in base alle norme locali vigenti, adeguando l'indennizzo. In tal caso, Sanitas subentra ai diritti della persona assicurata.
- 7 Se i costi non sono dettagliati, Sanitas effettua la ripartizione secondo il suo apprezzamento.

4 Definizioni

- 1 È considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda una visita o una cura medica o provochi un'incapacità al lavoro. Sono considerate infermità congenite le malattie presenti a nascita avvenuta.
- 2 La maternità comprende la gravidanza, il parto e la successiva convalescenza della madre.
- 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 o provochi la morte. Le malattie professionali e le lesioni corporali parificabili ai postumi d'infortunio sono equiparate agli infortuni. Fanno stato le disposizioni della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF).
- 4 Collaboratori sono persone che hanno un rapporto di lavoro con l'impresa aderente.
- 5 I membri della famiglia sono i coniugi o partner conviventi di collaboratori e i figli fintanto che convivono nella stessa economia domestica.
- 6 Gli assicurati sono persone che intrattengono un rapporto assicurativo con Sanitas.

5 Validità territoriale

- 1 Le assicurazioni sono valide nel mondo intero; al di fuori della Svizzera, tuttavia solo per malattie acute o infortuni subentrati durante un soggiorno all'estero di una durata massima di 12 mesi e che richiedono una cura d'urgenza. Eventuali deroghe sono definite nelle Condizioni Complementari.
- 2 Per soggiorni all'estero che durano più di 12 mesi o in caso di abbandono del domicilio in Svizzera, agli assicurati non più soggetti all'obbligo assicurativo secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) è a disposizione la soluzione assicurativa PRIVATE INTERNATIONAL. Assicurati soggetti all'obbligo assicurativo secondo LAMal possono mantenere la protezione assicurativa per al massimo 6 anni nella categoria assicurativa ROYAL ESTERO. Lo Stato di soggiorno viene equiparato alla Svizzera.
- 3 Per i collaboratori distaccati all'estero e i loro familiari vale (salvo accordi di tenore diverso concordati con l'impresa) la seguente regolamentazione
 - Distacco all'estero fino a 8 mesi:
COMFORT, PRIVATE o ROYAL
 - Distacco all'estero fino a 12 mesi:
PRIVATE o ROYAL
 - Distacco all'estero per più di 12 mesi:
ROYAL ESTERO (se assoggettato all'obbligo LAMal) o PRIVATE INTERNATIONAL (se non assoggettato all'obbligo LAMal)
- 4 Quale domicilio o residenza fa stato il luogo in cui la persona assicurata ha convogliato la sua dimora dichiarata sociale e professionale.

6 Colpa grave

Sanitas rinuncia al diritto che le spetta di decurtare le prestazioni assicurative in caso di colpa grave. Non sussiste tuttavia alcun diritto a prestazioni a seguito di decurtazioni di prestazioni effettuate da altri assicuratori.

Limitazioni dell'estensione dell'assicurazione

7 Prestazioni escluse

Salvo disposizioni contrarie previste nelle Condizioni Complementari (CC), nei seguenti casi non vengono erogate prestazioni per costi di cura e/o d'indennità giornaliera:

- partecipazioni ai costi e decurtazioni di prestazioni da altre assicurazioni
- affezioni esistenti già all'inizio del contratto
- cure e misure che non sono efficaci, adeguate o economiche; l'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici

- interventi atti a eliminare o migliorare difetti o deturpazioni fisiche, sempre che tali interventi non si rendano necessari in seguito a un evento assicurato
- cure aventi lo scopo di giungere alla scoperta o alla realizzazione di se stessi, alla maturazione della personalità o a qualunque altro obiettivo che non sia la cura di una malattia
- cure dimagranti, consulenze dietetiche, terapie rinforzanti e terapie cellulari
- cure dentarie, a eccezione di quelle in relazione con una prestazione obbligatoria dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal
- misure ordinate da autorità amministrative o giudiziarie (terapia invece di carcerazione, esame del tasso alcolemico ecc.)
- conseguenze di disordini, di atti terroristici, di crimini e infrazioni di qualsiasi genere e delle misure prese per combatterli, a meno che l'assicurato compri di non avere partecipato attivamente a questi disordini dalla parte dei perturbatori, né di averli fomentati
- cure durante il servizio militare all'estero e/o cure successive
- malattie e infortuni in seguito ad atti bellici
 - in Svizzera
 - all'estero, a meno che la malattia o l'infortunio non subentri entro 14 giorni dal momento in cui questi eventi hanno avuto inizio nello Stato in cui soggiorna l'assicurato e che quest'ultimo sia stato sorpreso dallo scoppio degli stessi
 - per gli «expatriates» e le persone assicurate che – su incarico del datore di lavoro – operano per un breve periodo (al max. 12 mesi) all'estero, l'assicurazione comprende anche eventuali infortuni in seguito ad atti bellici, purché la persona assicurata non vi abbia partecipato né attivamente, né in maniera istigante e che non si sia recata intenzionalmente nei territori belligeranti

Per alcuni Stati, Sanitas può sospendere temporaneamente o annullare del tutto questa copertura complementare, osservando un termine di preavviso di 14 giorni.

8 Assicurazioni multiple

Se per i costi o per la perdita di guadagno dovesse sussistere una copertura assicurativa presso più di un assicuratore, essi vengono rimborsati complessivamente una sola volta. In questi casi Sanitas paga le proprie prestazioni solo proporzionalmente.

9 Prestazioni di terzi

- 1 La persona assicurata è tenuta a informare immediatamente Sanitas su ogni prestazione di terzi e su eventuali accordi di indennità unica, sempre che Sanitas debba erogare prestazioni per lo stesso caso assicurativo.

- 2 Se Sanitas eroga prestazioni al posto di un terzo responsabile, la persona assicurata deve cedere i suoi diritti a Sanitas nella misura dell'obbligo di prestazioni.
- 3 Accordi stipulati da una persona assicurata con terzi non sono vincolanti per Sanitas.

Obblighi e giustificazione del diritto

10 Obblighi in generale

La persona assicurata è obbligata ad attenersi alle prescrizioni dei medici o alle prescrizioni di altri fornitori di prestazioni.

11 Giustificazione del diritto

- 1 Se si fa valere un diritto a prestazioni assicurative, a Sanitas si devono inoltrare le fatture originali dettagliate e i giustificativi.
- 2 Per prestazioni erogate da un altro assicuratore (p. es. dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni), a Sanitas si devono inoltrare le copie delle fatture e i conteggi dettagliati di tale assicuratore.
- 3 Se si fa valere il diritto a prestazioni d'infortunio, a Sanitas si deve inoltrare il formulario «Notifica dell'infortunio».

12 Fatture dall'estero

- 1 Le fatture e le documentazioni provenienti dall'estero devono essere inoltrate in lingua tedesca, francese, italiana, inglese o spagnola. Per fatture e documentazioni redatte in altre lingue si deve allegare una traduzione autenticata.
- 2 Il rimborso avviene in base al cambio del giorno della fatturazione o all'addebito della carta di credito.

13 Violazione di obblighi

Se la persona assicurata viola i suoi obblighi nei confronti di Sanitas in caso di sinistro, le prestazioni possono essere decurtate o rifiutate.

Inizio e fine dell'assicurazione

14 Condizioni d'ammissione

- 1 Con l'inoltro della proposta, medici, assicuratori precedenti e altri enti assicurativi vengono autorizzati a fornire informazioni a Sanitas o ai suoi medici di fiducia.

- 2 Sanitas può ordinare una visita medica, i cui costi vanno a carico della persona proponente. Il medico può venir co-designato da Sanitas.
- 3 Sanitas può rifiutare una proposta senza doverlo motivare o può applicare riserve.
- 4 Se al momento della stipulazione del contratto la persona assicurata ha risposto a domanda posta per iscritto in modo inesatto o taciuto un fatto rilevante (malattie e postumi d'infortuni esistenti e/o esistiti) di cui era o avrebbe dovuto essere a conoscenza, Sanitas può rescindere il contratto entro 4 settimane da quando si è venuti a conoscenza della reticenza. L'assicurazione spira alla fine del mese nel quale la disdetta è stata recapitata all'assicurato. Viene richiesta l'intera restituzione delle prestazioni già pagate per i danni intervenuti, se il fatto che è stato oggetto della reticenza ha influito sull'insorgere o sulla portata del danno.
- 5 L'età massima di ammissione all'assicurazione complementare di malattia è il compimento del 55° anno d'età. L'età massima di ammissione all'assicurazione complementare infortuni è il compimento del 65° anno d'età.

15 Inizio dell'assicurazione

La protezione assicurativa inizia alla data convenuta nella polizza o nella dichiarazione d'accettazione. L'inizio d'assicurazione può essere al più presto il giorno d'entrata nella ditta (per i famigliari, la presente disposizione fa stato per analogia).

16 Durata del contratto

Il contratto è stipulato a tempo indeterminato.

17 Modifiche del contratto da parte della persona assicurata

- 1 Per principio le modifiche del contratto sono possibili per il primo giorno del mese successivo.
- 2 Per ampliamenti della copertura assicurativa la persona contraente deve inoltrare una nuova proposta. L'età massima per l'ammissione è il compimento del 55° anno d'età (nell'ambito dell'assicurazione complementare infortuni è il compimento del 65° anno d'età).
- 3 La persona assicurata può comunicare per iscritto una riduzione della copertura assicurativa (senza dover inoltrare una nuova proposta). Nella comunicazione vanno indicate la copertura assicurativa desiderata, la data dell'entrata in vigore della riduzione, la data e la firma.
- 4 Fanno stato le disposizioni alla cifra 14 delle presenti Condizioni generali d'assicurazione.

18 Risoluzione del rapporto di lavoro

Al termine del rapporto di lavoro in seguito a licenziamento, l'assicurazione dell'ex collaboratore e dei suoi familiari continua nell'ambito di una soluzione assicurativa per ex assicurati collettivi («p-care»).

19 Pensionamento

- 1 Al pensionamento del collaboratore, la sua assicurazione esistente e quella dei suoi familiari continua nell'ambito dell'assicurazione collettiva a condizione che i premi possano essere detratti dalle rendite di vecchiaia della Cassa pensioni dell'ex datore di lavoro. In caso contrario avviene il passaggio alla soluzione assicurativa per persone precedentemente assicurate nel contratto collettivo («p-care»).
- 2 Entro i 3 mesi successivi al pensionamento, il rischio infortuni può essere incluso nelle assicurazioni delle spese di cure mediche, senza esame del rischio.
- 3 Ciò a condizione che per la persona assicurata sia sussistita una rispettiva copertura in un contratto assicurativo collettivo contro gli infortuni e che l'uscita da tale contratto sia stata obbligatoria all'atto del pensionamento.
- 4 Non vengono prese a carico prestazioni per infortuni subentrati prima dell'inclusione del rischio infortuni.

20 Decesso

I familiari del collaboratore deceduto, assicurati nell'ambito del contratto assicurativo collettivo, possono continuare il rapporto assicurativo senza modifica alcuna a condizione che i premi possano essere detratti dalle rendite di vecchiaia della Cassa pensioni dell'ex datore di lavoro. In caso contrario avviene il passaggio alla soluzione assicurativa per persone precedentemente assicurate nel contratto collettivo («p-care»).

21 Passaggio dall'assicurazione collettiva a «p-care»

- 1 Gli assicurati che escono dal contratto collettivo passano automaticamente alla soluzione assicurativa per ex assicurati collettivi («p-care»).
- 2 L'assicurazione continua con le prestazioni e le condizioni di «p-care» e senza un esame dello stato di salute. I premi vengono adeguati di conseguenza. Il passaggio dà diritto a una disdetta entro 30 giorni dalla ricezione della nuova polizza.
- 3 Le prestazioni percepite dall'assicurazione collettiva vengono computate ai diritti a prestazioni di «p-care». Una riserva esistente nell'assicurazione collettiva viene mantenuta.

22 Disdetta dell'assicurazione

- 1 Sanitas rinuncia espressamente al suo diritto di rescindere il contratto in caso di sinistro. In caso di tentato o compiuto abuso assicurativo da parte della persona assicurata, Sanitas può disdire il contratto con decorrenza immediata.
- 2 Il contratto può essere disdetto per la fine di un anno civile, osservando un preavviso di un mese.
- 3 In caso di disdetta dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal, il passaggio alla soluzione assicurativa per ex assicurati collettivi («p-care») avviene a prestazioni rispettivamente ridotte. In caso vengano disdette tutte le assicurazioni malattia complementari della categoria di prestazioni assicurate, l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal continua nell'assicurazione individuale di Sanitas.

23 Sospensione

Le assicurazioni possono essere sospese in seguito a un soggiorno all'estero o all'assoggettamento AM (almeno 28 giorni consecutivi di servizio) con conseguente riduzione del premio. La sospensione avviene su richiesta presentata in precedenza ed è consentita per al massimo 24 mesi. Per eventi assicurativi che subentrano durante la sospensione non vengono erogate prestazioni.

24 Fine della protezione assicurativa

La copertura assicurativa spira il giorno in cui la rescissione del contratto o l'esclusione dall'assicurazione diventa effettiva. Le prestazioni assicurative sono dovute fino e incluso tale giorno.

Premi

25 Cambio della fascia d'età e del domicilio

- 1 Il premio è composto dalla tariffa base e dai supplementi che dipendono da: luogo di domicilio, età effettiva e sesso. Gli adeguamenti dei premi dovuti all'età avvengono il 1° gennaio successivo al compimento del 18°, 25° e 40° anno d'età e in seguito ogni 5 anni. L'ultimo adeguamento dei premi dovuto all'età avviene il 1° gennaio successivo al compimento dell'80° anno d'età.
- 2 Un trasferimento del domicilio può comportare una modifica del premio.

26 Pagamento dei premi

I premi per l'assicurazione del collaboratore come pure dei familiari vengono trattenuti mensilmente dal salario del collaboratore o dalla rendita.

Disposizioni varie

27 Accettazione della polizza

Se il contenuto della polizza o delle aggiunte alla stessa non concorda con quanto convenuto, la persona assicurata deve richiederne la rettifica entro 4 settimane dalla ricezione della polizza. In caso contrario, il contenuto si ritiene da essa accettato.

28 Registrazione ed elaborazione dei dati

- 1 Sanitas garantisce l'osservanza della protezione dei dati conformemente alle prescrizioni della vigente legislazione svizzera in materia, in particolare della Legge sulla protezione dei dati.
- 2 Nell'ambito delle disposizioni legali e secondo gli accordi contrattuali Sanitas ha il diritto di raccogliere le informazioni necessarie per l'esercizio dell'assicurazione, di registrarle elettronicamente e di delegare l'elaborazione delle stesse a terzi.

29 Versamento di prestazioni

- 1 Cure ambulatoriali
Per beneficiare di prestazioni di servizio mediche e ritirare medicinali prescritti dal medico, fa stato la tessera d'assicurazione personale.
- 2 Pagamento di fatture
Il debitore dell'onorario è il rispettivo destinatario della fattura. Per il rimborso dei costi l'assicurato deve inoltrare la fattura originale a Sanitas.

- 3 Rimborso delle fatture pagate
Le fatture devono essere inoltrate a Sanitas con indicazione del contratto collettivo e del numero di cliente o personale. Sanitas versa le prestazioni su un conto postale o bancario. Se viene richiesto il versamento mediante altri mezzi di pagamento, Sanitas può esigere un indennizzo per i costi supplementari causati.

30 Cambi di nome, d'indirizzo e di recapiti di contatto

- 1 Cambi di nome devono essere comunicati a Sanitas dal collaboratore o dal datore di lavoro.
- 2 Ogni persona assicurata, che non soggiorna per più di 3 mesi in Svizzera, nonché i frontalieri assicurati, devono comunicare a Sanitas un recapito in Svizzera.
- 3 I cambi di nome e comunicazioni di recapiti di contatto di collaboratori sono da notificare a Sanitas dal datore di lavoro, quelli dei familiari dal collaboratore (se Sanitas riceve una notifica di cambio di indirizzo di un collaboratore, salvo comunicazione contraria, parte dal presupposto che valga anche per i familiari). Le comunicazioni inviate all'ultimo indirizzo notificato sono considerate tempestive.
- 4 Le comunicazioni a Sanitas devono avvenire entro 30 giorni.

31 Luogo d'adempimento e foro competente

- 1 Gli obblighi risultanti dal contratto devono essere adempiuti in Svizzera e in valuta svizzera.
- 2 In caso di contestazioni, per ricorsi interposti dalla persona contraente o assicurata è competente il tribunale del suo luogo di domicilio in Svizzera o di Zurigo; per ricorsi interposti da Sanitas, il tribunale del luogo di domicilio della persona assicurata.

