
p-care / p-care by Hirslanden

Assicurazioni complementari secondo la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA)
Soluzione assicurativa per gli ex assicurati collettivi (p-care)

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 tutte le dichiarazioni scritte che il contraente (proponente), l'assicurato (la persona da assicurare) o i loro rappresentanti indicano nella proposta d'assicurazione e in altri documenti, come pure rapporti medici.
- 2 I diritti e gli obblighi delle parti contraenti sono fissati nella polizza, in eventuali aggiunte, nelle Condizioni generali d'assicurazione (CGA), nelle Condizioni Complementari (CC) e in eventuali Condizioni Particolari (CP).
- 3 Per questioni non espressamente regolamentate nei presenti documenti, fa stato la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).
- 4 «p-care» si rivolge ad assicurati che escono dal contratto collettivo del precedente datore di lavoro e ai loro familiari già assicurati o non ancora assicurati. 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 Assicurazioni private SA (di seguito denominata Sanitas) assicura le conseguenze economiche di malattie, maternità e infortuni. 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.

Svizzera

- BASIC
- COMFORT
- PRIVATE
- ROYAL

Estero

- PRIVATE INTERNATIONAL
- ROYAL ESTERO

- 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 e 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 I membri della famiglia sono i coniugi o partner conviventi di collaboratori e i figli fintanto che convivono nella stessa economia domestica.
- 5 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 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 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 devono essere inoltrate 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 d'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 e ai suoi medici di fiducia.
- 2 Sanitas può ordinare una visita medica, i cui costi vanno a carico della persona proponente. Il medico può essere 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 scritta 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 Rinuncia al diritto di passaggio dall'assicurazione collettiva a «p-care»

Gli assicurati che rinunciano al diritto di passaggio dall'assicurazione collettiva a «p-care», hanno il diritto di disdire per iscritto l'assicurazione entro 30 giorni dalla ricezione della nuova polizza o di richiedere la continuazione dell'assicurazione nell'assicurazione individuale di Sanitas. La continuazione avviene senza esame dello stato di salute nell'ambito delle prestazioni assicurate nell'assicurazione collettiva. Per la determinazione dei premi fa stato la fascia d'età al momento del passaggio nell'assicurazione individuale.

16 Inizio dell'assicurazione

La protezione assicurativa inizia alla data convenuta nella polizza, risp. nella dichiarazione d'accettazione.

17 Durata del contratto

Il contratto è stipulato a tempo indeterminato.

18 Modifiche del contratto da parte del contraente

- 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.

19 Modifiche del contratto da parte di Sanitas

- 1 Se vengono modificati i premi e/o la regolamentazione della partecipazione personale della tariffa, Sanitas può richiedere l'adattamento del contratto. Lo stesso vale per adattamenti di prestazioni concernenti
 - modifiche della cerchia dei fornitori di prestazioni e delle loro prestazioni
 - le forme di terapia
 - nuovi e costosi sviluppi in campo medico oppure se viene modificato il catalogo legale delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal.

- 2 A tale scopo Sanitas notifica al contraente i nuovi premi e le nuove condizioni contrattuali al più tardi 25 giorni prima della loro entrata in vigore.
- 3 Il contraente ha poi a sua volta il diritto di rescindere il contratto per la data dell'entrata in vigore delle modifiche del contratto. Per essere valida, la disdetta scritta deve pervenire a Sanitas al più tardi il giorno antecedente all'entrata in vigore del nuovo contratto. Il mancato inoltro della disdetta da parte del contraente costituisce tacita dichiarazione di accettazione dell'adattamento del contratto.

20 Disdetta dell'assicurazione

- 1 Sanitas rinuncia espressamente al suo diritto di rescindere il contratto in caso di sinistro. Sanitas può rescindere il contratto con decorrenza immediata se la persona assicurata o il contraente abusa o tenta di abusare dell'assicurazione.
- 2 Il contraente può disdire il contratto o le singole assicurazioni complementari per la fine di un anno civile, osservando un preavviso di un mese. Per essere valida la disdetta deve pervenire a Sanitas al più tardi il 30 novembre.

21 Sospensione

Le assicurazioni possono essere sospese in seguito a un soggiorno all'estero o all'assoggettamento all'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.

22 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

23 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 adattamenti 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 adattamento 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.

24 Pagamento dei premi e scadenza

- 1 I premi sono esigibili il 1° giorno del mese di riferimento. I pagamenti possono essere effettuati a scadenze annuali, semestrali, trimestrali, bimestrali o mensili; l'anno assicurativo inizia il 1° gennaio.
- 2 Se il contratto d'assicurazione è sciolto o si estingue prima della scadenza, il premio è dovuto soltanto sino al momento dello scioglimento del contratto. Tale regolamentazione non è valida se il contratto viene disdetto in caso di sinistro da parte del contraente durante l'anno che segue la stipulazione del contratto.
- 3 I premi dovuti non possono essere compensati con crediti di prestazioni.
- 4 Il pagamento avviene tramite procedura di addebito diretto (LSV) o Debit Direct (DD).

25 Diffida e conseguenze della mora

- 1 Qualora i premi dovuti o le partecipazioni ai costi non venissero pagati alla scadenza convenuta, Sanitas solleciterà il contraente, sotto comminatoria delle conseguenze della mora, a effettuare il pagamento degli importi in arretrato comprese le tasse di diffida entro 14 giorni dall'invio della stessa. Se la diffida rimane senza seguito, Sanitas recede dal contratto rinunciando ai premi arretrati oppure riscuote il premio, spese di esecuzione e amministrative e interessi di mora inclusi, adendo le vie legali.
- 2 Entro 4 mesi dopo lo scadere del termine di diffida, la persona contraente può richiedere per iscritto che il contratto venga rimesso in vigore e ciò senza un nuovo esame del rischio. Essa deve impegnarsi a pagare tutti gli importi arretrati per intero e senza interruzione. In questo caso, il diritto a prestazioni sussiste per cure a partire dal giorno in cui il pagamento perviene a Sanitas. La richiesta può essere respinta senza dover motivare tale decisione.

Disposizioni varie

26 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.

27 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.

28 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 destinatario della fattura. Per il rimborso dei costi l'assicurato deve inoltrare la fattura originale a Sanitas.
- 3 Rimborso delle fatture pagate
Le fatture vanno inoltrate a Sanitas indicando il numero personale del cliente. 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.
- 4 Sanitas può compensare le prestazioni con i suoi crediti nei confronti della persona assicurata.

29 Cambi di nome e d'indirizzo / di recapiti di contatto

- 1 I cambi di nome e d'indirizzo/di recapiti di contatto devono essere comunicati a Sanitas entro un termine di 30 giorni. Le comunicazioni inviate all'ultimo indirizzo notificato sono considerate tempestive.
- 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.

30 Inclusione dell'infortunio nell'assistenza sanitaria dopo il pensionamento

- 1 Il rischio infortuni può essere incluso nelle assicurazioni delle spese di cure mediche, senza esame del rischio, entro i 3 mesi successivi al pensionamento. Entro lo stesso termine può essere stipulata l'assicurazione complementare infortuni.
- 2 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.
- 3 Non vengono prese a carico prestazioni per infortuni subentrati prima dell'inclusione del rischio infortuni rispettivamente della stipulazione di un'assicurazione complementare infortuni.

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, il tribunale nel luogo di domicilio in Svizzera o a Zurigo è competente per ricorsi interposti dal contraente o dall'assicurato; il tribunale nel luogo di domicilio del contraente o dell'assicurato è competente per ricorsi interposti da Sanitas.

