
p-care PRIVATE

Assicurazione complementare per cure ambulatoriali e stazionarie nel reparto privato camera a 1 letto in tutti gli ospedali per casi acuti della Svizzera

Condizioni Complementari (CC) Sanitas Corporate Private Care

Edizione gennaio 2005 (versione 2015)

sanitas

Scopo e basi legali

Da p-care PRIVATE vengono pagati i costi secondo le seguenti disposizioni. I costi vengono rimborsati successivamente alle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal e delle altre assicurazioni sociali secondo la cifra 2 delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA).

Il rischio infortuni non può essere escluso per le prestazioni secondo la cifra 1 delle presenti condizioni, mentre può essere incluso per le prestazioni secondo la cifra 2 delle presenti condizioni.

Le presenti Condizioni Complementari si basano sulle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per le assicurazioni complementari secondo LCA, edizione gennaio 2005.

1 Prestazioni ambulatoriali

1.1 Cure mediche nella Svizzera intera

Sono assicurati i costi di cure mediche ambulatoriali al di fuori del luogo di domicilio e di lavoro secondo la tariffa riconosciuta. La cura deve essere dispensata da medici riconosciuti secondo la Legge sull'assicurazione malattie (LAMal) e fatturata conformemente alla LAMal (protezione tariffale secondo l'art. 44 LAMal).

1.2 Cure ambulatoriali per urgenze all'estero

Per soggiorni temporanei all'estero, copertura di tutti i costi con deduzione della franchigia opzionale dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie secondo LAMal e dell'aliquota percentuale legale.

1.3 Medicina alternativa

È assicurato l'80% dei costi (esami, terapie, medicinali consegnati), al massimo CHF 5000.- (prestazioni stazionarie al massimo CHF 1000.-) per anno civile, di cure dispensate secondo i metodi terapeutici della medicina complementare da:

- medici
- farmacisti con rispettiva formazione supplementare
- naturopati con autorizzazione cantonale
- naturopati, purché siano membri a pieno titolo della NVS e della FSPN

Le prestazioni vengono erogate nella misura menzionata anche per altri terapisti con rispettiva formazione supplementare, purché le cure vengano dispensate su prescrizione medica.

1.4 Psicoterapia

Per psicoterapia prescritta da un medico e dispensata da psicoterapisti indipendenti è assicurato l'80% dei costi, al massimo tuttavia CHF 500.- per anno civile.

1.5 Medicinali

È assicurato nel mondo intero il 90% dei costi dei medicinali non obbligatori e prescritti da un medico, purché il rispettivo medicinale sia registrato presso Swissmedic (Istituto svizzero per gli agenti terapeutici) per l'indicazione in questione.

Sanitas gestisce un elenco di medicinali per i quali non vengono rimborsati i costi. Questo elenco viene regolarmente aggiornato; è possibile consultarlo o richiederne un estratto a Sanitas.

I medicinali della medicina alternativa assicurati secondo la cifra 1.3 non sono assicurati.

1.6 Maternità

Tramite l'assicurazione della madre è assicurato l'80% dei costi, complessivamente al massimo CHF 1000.- per anno civile, per le seguenti prestazioni di maternità:

- visite di controllo durante la gravidanza (compreso 1 esame agli ultrasuoni)
- ginnastica preparto e postparto e corso di preparazione al parto
- sostituti del latte per il bambino fino al compimento del 2° anno d'età in caso di intolleranza al latte naturale, purché esista una prescrizione medica e una rispettiva assicurazione per il bambino.

1.7 Prevenzione e profilassi

È assicurato l'80% dei costi, al massimo CHF 1000.- per anno civile, per le seguenti misure preventive:

- vaccinazioni
- check-up, l'80% dei costi, al max. CHF 500.- per anno civile (compreso 1 test HIV per anno civile)
- esami ginecologici preventivi (compresa 1 mammografia per anno civile)
- vasectomie/sterilizzazioni
- scuola del dorso tenuta da fisioterapisti diplomati, su prescrizione medica
- disassuefazione da tabacco, su prescrizione medica

1.8 Occhiali da vista o lenti a contatto

Per occhiali (montatura inclusa) o per lenti a contatto necessari per la correzione della vista sono assicurate nel mondo intero le seguenti prestazioni:

- per adulti al massimo CHF 300.- ogni tre anni civili
- per bambini fino al compimento del 18° anno d'età al massimo CHF 200.- per anno civile

1.9 Cure dentarie

Per cure dentarie sono assicurate le seguenti prestazioni:

- il 75% dei costi delle cure di ortognatodonzia fino al compimento del 20° anno d'età
- al massimo CHF 100.– per dente per l'estrazione di denti del giudizio
- i medicinali prescritti da un medico dentista

1.10 Mezzi ausiliari terapeutici

È assicurato l'80% dei costi, al massimo CHF 500.– per anno civile, per il noleggio o l'acquisto di mezzi ausiliari terapeutici prescritti da un medico (a eccezione di occhiali e lenti a contatto).

1.11 Interventi di chirurgia estetica

È assicurato l'80% dei costi dei seguenti interventi di chirurgia estetica, su presentazione di una prescrizione medica:

- operazioni al seno
- correzioni di cicatrici
- correzioni di orecchie sporgenti

Le cure ambulatoriali vengono prese a carico secondo la tariffa LAMal.

Le prestazioni per cure stazionarie vengono prese a carico al massimo nella misura della tariffa del reparto comune di un ospedale per casi acuti nel Cantone di domicilio con mandato cantonale di prestazioni secondo l'art. 39 LAMal. Per frontalieri è determinante il Cantone nel quale si trova la sede del datore di lavoro.

1.12 Persone accompagnatrici durante degenze ospedaliere

È assicurato l'80% dei seguenti costi di vitto e alloggio nell'ospedale, al massimo tuttavia CHF 2000.– per anno civile:

- tramite l'assicurazione del bambino, i costi di vitto e alloggio di un genitore durante una degenza ospedaliera stazionaria di un bambino fino al compimento del 5° anno d'età
- tramite l'assicurazione della madre, i costi di vitto e alloggio di un neonato che viene allattato durante una degenza ospedaliera stazionaria della madre

2 Prestazioni stazionarie

2.1 Definizioni

Sono considerati ospedali per casi acuti gli stabilimenti di cura e le cliniche dirette e sorvegliate da medici che accolgono esclusivamente persone affette da malattie acute o infortunate. Vengono inoltre considerati ospedali per casi acuti anche i centri d'ostetricia, di psichiatria e di riabilitazione.

Non sono considerati ospedali per casi acuti le case di cura, le case di riposo per anziani, le case di cura medicalizzate, i cronici e altri istituti non previsti per la cura di persone affette da malattie acute.

La degenza ospedaliera è stazionaria se la durata del soggiorno è di almeno 24 ore.

Una cura acuta è una cura dalla quale ci si può attendere un miglioramento dello stato di salute.

2.2 Degenza ospedaliera in Svizzera

Sono assicurati i costi di vitto, alloggio, assistenza e cura per cure acute stazionarie in una camera a 1 letto nel reparto privato in tutti gli ospedali per casi acuti in Svizzera. Negli ospedali non figuranti negli elenchi cantonali vengono inoltre rimborsate le prestazioni dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie. Ulteriori prestazioni sono elencate nelle presenti condizioni.

2.3 Degenze ospedaliere per urgenze all'estero

Costi di vitto, alloggio, assistenza e cura nel reparto privato (camera a 1 letto) in caso di soggiorni temporanei all'estero di al massimo 12 mesi. La durata della prestazione è di al massimo 180 giorni di degenza.

2.4 Degenza ospedaliera all'estero per cure pianificate

In caso di cure acute stazionarie pianificate all'estero, per i costi di vitto, alloggio, assistenza e cura durante al massimo 180 giorni nell'arco di 360 giorni consecutivi vengono corrisposti al massimo CHF 1500.– al giorno (previa approvazione di Sanitas).

2.5 Cliniche psichiatriche

Per cure acute stazionarie in una clinica psichiatrica o in un reparto specializzato di psichiatria vengono pagati i costi secondo la cifra 2.2 durante complessivamente 180 giorni.

A partire dal 181° giorno vengono pagati i costi di cura, come pure CHF 150.– al giorno per i costi di vitto, alloggio e assistenza sanitaria generica. A persone in età AVS queste prestazioni vengono pagate ancora durante al massimo 720 giorni nell'arco di 900 giorni.

Nelle cliniche psichiatriche o nei reparti specializzati di psichiatria senza mandato cantonale di prestazioni, i costi che in un ospedale con mandato cantonale di prestazioni verrebbero assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie vengono corrisposti dal 181° giorno ancora per un totale di 540 giorni in aggiunta alle prestazioni secondo la cifra 2.2.

Nell'ambito delle prestazioni di cui alle cifre 2.3 e 2.4, i giorni di degenza in cliniche psichiatriche all'estero vengono dedotti dalla durata delle prestazioni.

2.6 Case di cura medicalizzate e cronicari

Per degenze in case di cura medicalizzate o in cronicari vengono pagate le seguenti prestazioni:

- fino al 180° giorno: CHF 150.– al giorno per i costi di vitto, alloggio e assistenza nonché i costi di cura
- dal 181° al 540° giorno: CHF 80.– al giorno per i costi di vitto, alloggio e assistenza nonché i costi di cura

In seguito non vengono più pagate prestazioni.

2.7 Centri d'ostetricia

Per puerperi in centri d'ostetricia riconosciuti vengono presi a carico i costi di vitto, alloggio, assistenza e cura. Il rispettivo elenco può essere richiesto presso Sanitas.

2.8 Prestazioni per neonati

I costi della degenza ospedaliera di un neonato sano vengono pagati dalla copertura assicurativa della madre, fintanto che è degente insieme alla madre nello stesso ospedale.

2.9 Spese private particolari

Su presentazione dei giustificativi, Sanitas rimborsa CHF 200.– a degenza per spese private particolari che sono in stretta relazione con una degenza ospedaliera stazionaria (taxi per l'entrata e l'uscita, telefono ecc.).

2.10 Cure medico-sanitarie a domicilio

Per la cura di malati a domicilio necessaria per motivi d'ordine medico e prescritta dal medico, vengono pagate le seguenti prestazioni in base a fatture dettagliate con calendario:

- al massimo CHF 70.- al giorno per la cura di malati a domicilio prestata da personale infermieristico diplomato, durante 90 giorni per anno civile
- CHF 70.– al giorno per la cura a domicilio prestata da altre persone. Fra queste rientrano parenti, come pure persone che vivono nella stessa economia domestica della persona assicurata e che, a causa della cura,

sono confrontate con una comprovabile perdita di guadagno

In caso di parto, le prestazioni menzionate vengono pagate al massimo durante 14 giorni nell'arco di un mese dopo il parto e dedotte dalla durata massima delle prestazioni.

Per la cura e l'assistenza a domicilio, vengono corrisposti complessivamente al massimo CHF 7000.– per anno civile.

2.11 Aiuti domiciliari

Per aiuti domiciliari necessari per motivi d'ordine medico e prescritti dal medico, vengono pagate le seguenti prestazioni in base a fatture dettagliate con calendario.

- CHF 25.– all'ora per aiuti domiciliari prestati da persone che non convivono nella stessa economia domestica con la persona assicurata. La persona assicurata che gestisce l'economia domestica ha diritto a queste prestazioni immediatamente dopo una degenza ospedaliera oppure durante una cura ambulatoriale, purché possa essere evitata una degenza ospedaliera.
- In caso di parto, le prestazioni menzionate vengono pagate al massimo durante 14 giorni nell'arco di un mese dopo il parto e dedotte dalla durata massima delle prestazioni.

Per aiuti domiciliari vengono corrisposti complessivamente al massimo CHF 1000.– per anno civile.

2.12 Cure termali e di convalescenza

Per cure termali e di convalescenza vengono pagate al massimo le prestazioni seguenti:

- per cure termali stazionarie (dopo gravi malattie o immediatamente dopo interventi chirurgici importanti), CHF 200.– (per cure termali incl. il contributo LAMal) al giorno durante al massimo 21 giorni per anno civile. Per convalescenze in Svizzera viene inoltre corrisposto il 90% dei costi medici, dei medicinali e delle terapie prescritte dal medico e necessarie per motivi d'ordine medico
- per cure termali al Mar Morto in Israele o in Giordania per la cura della psoriasi o della vitiligine, CHF 200.– al giorno durante al massimo 28 giorni per anno civile

Sanitas ha la facoltà di pretendere una visita medico-fiduciaria prima dell'inizio della cura.

Per anno civile viene pagata al massimo una cura secondo gli importi summenzionati.

2.13 Costi di viaggio e di trasporto, operazioni di ricerca e salvataggio

Complessivamente vengono pagati al massimo CHF 20000.– per anno civile per:

- i costi di viaggio per sottoporsi a sedute di radioterapia, chemioterapia o emodialisi fuori domicilio. Vengono presi a carico (anche per trasporti in automobile) al massimo i costi del mezzo di trasporto pubblico (biglietto di 1a classe)
- trasporti d'urgenza fino al medico o all'ospedale più vicino e idoneo alla cura, nonché trasferimenti con l'ambulanza necessari per motivi d'ordine medico
- le operazioni di ricerca e di salvataggio di persone affette da una malattia acuta o infortunate

2.14 Esenzione dal premio in caso di decesso o d'invalidità

Le seguenti prestazioni assicurative fanno stato solo in caso di inizio dell'assicurazione e di sinistro prima del 1° gennaio 2005.

Decesso o invalidità di un genitore

I figli già assicurati presso Sanitas sono esenti dai premi per tutte le assicurazioni complementari stipulate fino al 31 dicembre dell'anno civile in cui compiono 18 anni:

- in caso di decesso di un genitore precedentemente assicurato presso Sanitas per l'assicurazione delle cure medico-sanitarie secondo LAMal
- in caso d'invalidità permanente di un genitore assicurato presso Sanitas per l'assicurazione delle cure medico-sanitarie secondo LAMal, qualora gli venga pagata l'intera rendita ai sensi delle disposizioni AI

L'esenzione dal premio deve essere richiesta per iscritto allegando i rispettivi documenti ufficiali (certificato di morte, decisione d'assegnazione della rendita AI).

Se la richiesta perviene a Sanitas oltre 1 anno dopo il decesso o la ricezione della decisione d'assegnazione della rendita d'invalidità AI, l'esenzione dal premio viene accordata dal mese in cui la richiesta perviene a Sanitas.

In caso di seconde nozze o di diminuzione del grado d'invalidità del genitore invalido, fatti che devono essere comunicati tempestivamente e per iscritto a Sanitas, viene a cadere il diritto all'esenzione dal premio a partire dal mese successivo alla modifica. In caso di notifica tardiva, i premi vengono addebitati retroattivamente.

Invalidità di un collaboratore

In caso di incapacità di guadagno presumibilmente duratura di un collaboratore in seguito a invalidità subentrata durante il periodo contrattuale, l'assicurazione complementare permane gratuitamente fino al raggiungimento dell'età AVS. Per un'invalidità parziale, a partire dal 25%, il premio viene ridotto proporzionalmente al grado d'invalidità. Per il grado d'invalidità fa stato la decisione della Cassa pensioni. Una copertura assicurativa sussiste solo per eventi subentrati dopo l'inizio dell'assicurazione.

3 Varie

3.1 Condizioni per il versamento di prestazioni e obblighi

Per degenze ospedaliere le prestazioni assicurate vengono pagate fino a quando, in base all'indicazione medica, sussiste la necessità di una degenza in un ospedale per casi acuti.

Ogni ricovero in un ospedale deve essere immediatamente comunicato a Sanitas, al più tardi tuttavia entro 4 giorni. Se si richiede una garanzia di copertura dei costi, la comunicazione a Sanitas deve avvenire 2 settimane prima del ricovero.

Le prestazioni per soggiorni di cura vengono pagate solo se

- le cure sono necessarie per motivi d'ordine medico, sono nell'ambito di una cura medica e sono prescritte da un medico autorizzato a esercitare in Svizzera
- la prescrizione della cura perviene a Sanitas 2 settimane prima dell'inizio della stessa

Per cure termali, le prestazioni vengono inoltre pagate solo se le terapie ambulatoriali non promettono esito positivo e non sono appropriate e se durante la cura termale vengono adottate misure terapeutiche.

3.2 Esclusione di prestazioni

A complemento delle esclusioni di prestazioni conformemente alla cifra 7 delle Condizioni generali d'assicurazione, dalla presente assicurazione complementare non vengono pagate prestazioni per cure (p.es. trapianti di organi) per le quali la Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malattia (SVK) ha pattuito dei forfait ad hoc a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal.

3.3 Riconoscimento di fornitori di prestazioni

Per cure in Svizzera vengono riconosciute soltanto le fatture di persone titolari di un diploma federale o cantonale oppure di una rispettiva autorizzazione cantonale per l'esercizio della loro professione.

3.4 Sconto in assenza di prestazioni

Informazioni generali

Sanitas accorda nell'anno civile successivo uno sconto sui premi alle persone assicurate che, durante un periodo d'osservazione di 12 mesi, non richiedono prestazioni.

Lo sconto viene accordato sul premio lordo. Se è stata pattuita una franchigia opzionale, lo sconto viene dedotto dal premio netto (dopo la deduzione dello sconto per la franchigia annua).

Il periodo d'osservazione dura dal 1° settembre di un anno al 31 agosto di quello successivo. Vengono considerate le prestazioni percepite durante tale periodo. Determinante è la data del conteggio delle prestazioni di Sanitas.

Se l'assicurazione inizia tra il 1° gennaio e il 1° agosto, il primo periodo d'osservazione dura dall'inizio dell'assicurazione fino al 31 agosto dello stesso anno.

Se l'assicurazione inizia tra il 1° settembre e il 1° dicembre, il primo periodo d'osservazione dura dall'inizio dell'assicurazione fino al 31 agosto dell'anno successivo.

Per passaggi alla categoria p-care COMFORT o p-care ROYAL viene ripreso il livello di sconto.

Sconto sui premi e livelli di sconto

Lo sconto sui premi è del 3% per ogni livello. Partendo dal livello di sconto 0, lo sconto massimo del 24% viene raggiunto nel 9° anno civile.

| Livelli di sconto | Anno civile | Sconto | Premi in % del premio lordo |
|-------------------|----------------|--------|-----------------------------|
| 0 | 1° | 0 | 100 |
| 1 | 2° | 3 | 97 |
| 2 | 3° | 6 | 94 |
| 3 | 4° | 9 | 91 |
| 4 | 5° | 12 | 88 |
| 5 | 6° | 15 | 85 |
| 6 | 7° | 18 | 82 |
| 7 | 8° | 21 | 79 |
| 8 | 9° | 24 | 76 |
| 9 | 10° | 24 | 76 |
| 10 | 11° | 24 | 76 |
| 11 | 12° | 24 | 76 |
| 11 | 13° + seguenti | 24 | 76 |

Retrocessione in caso di prestazioni

Se durante il periodo d'osservazione vengono percepite delle prestazioni, con l'anno civile successivo lo sconto sul premio viene ridotto di 4 livelli di sconto (12%), al massimo tuttavia fino al livello 0.

Se vengono percepite delle prestazioni per un importo superiore a CHF 20000.- nel corso del periodo d'osservazione, con l'anno civile successivo lo sconto sul premio viene retrocesso al livello 0 (zero) e ciò indipendentemente dal livello di sconto che era stato garantito.

3.5 Franchigia opzionale

Un'eventuale franchigia annua opzionale viene riscossa per tutte le prestazioni erogate nell'arco di un anno civile.

Per contratti che iniziano tra il 1° gennaio e il 1° giugno incluso, viene riscossa l'intera franchigia; per contratti che iniziano tra il 1° luglio e il 1° dicembre incluso, la metà della franchigia annua.

Se una cura si potrae per più di 10 giorni oltre la fine dell'anno, la franchigia annua è nuovamente dovuta per l'anno seguente.

3.6 Libero passaggio a p-care by Hirslanden

Per la fine dell'anno si può passare alla linea di prodotti p-care by Hirslanden alle seguenti condizioni

- a p-care COMFORT by Hirslanden e p-care PRIVATE by Hirslanden senza esame dello stato di salute

Il passaggio a p-care by Hirslanden deve essere comunicato per iscritto a Sanitas entro e non oltre il 30 novembre.