
p-care ROYAL by Hirslanden

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

Condizioni Complementari (CC) Sanitas Corporate Private Care

Edizione gennaio 2005 (versione 2015)

sanitas

Scopo e basi legali

La categoria p-care ROYAL by Hirslanden è un prodotto offerto da Sanitas in collaborazione con il gruppo di cliniche private Hirslanden e le cliniche partner. Nella Hirslanden Health Line esiste un'ulteriore offerta di prestazioni di servizio. Informazioni più dettagliate vengono inviate direttamente all'assicurato.

Da p-care ROYAL by Hirslanden 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

Sono assicurate le cure ambulatoriali dispensate da medici diplomati e le terapie da essi prescritte. Sussiste la libera scelta del medico nel mondo intero.

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 mediche prestate da medici non LAMal e all'estero

- Cure da parte di medici non LAMal: sono assicurate le cure ambulatoriali dispensate da medici che hanno annunciato la ricusa (art. 44, cpv. 2 LAMal) al governo cantonale e che pertanto non possono erogare prestazioni secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal)
- Cure all'estero: sono assicurate le cure ambulatoriali dispensate da medici e ospedali

I costi vengono pagati secondo le tariffe vigenti sul luogo fino a un massimo di CHF 100 000.– per anno civile.

La persona assicurata paga una partecipazione ai costi del 10% fino a un massimo di CHF 1000.– per anno civile.

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 prescritti dai medici secondo le cifre 1.1 e 1.2.

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 1500.– 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 400.– 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 di 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 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 delle cliniche private Hirslanden e delle relative cliniche partner. Le cure mediche devono essere prestate da un medico accreditato per il prodotto p-care by Hirslanden. Presso Sanitas e il gruppo di cliniche private Hirslanden può essere richiesto tramite Health Line un elenco degli ospedali e dei medici.

Se una cura acuta (intervento chirurgico pianificato) non viene prestata da uno dei fornitori di prestazioni indicati in precedenza, si applica la partecipazione ai costi annua indicata sulla polizza. La copertura assicurativa prevede una camera a 1 letto nel reparto privato. Negli ospedali non figuranti negli elenchi cantonali vengono inoltre rimborsate le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Per le urgenze sono assicurati i costi del reparto privato nell'ospedale idoneo più vicino. In questo caso non si applica la partecipazione ai costi.

2.3 Degenza ospedaliera per urgenze all'estero

Per casi d'urgenza, copertura di tutti i costi di vitto, alloggio, assistenza e cura.

2.4 Degenza ospedaliera all'estero per cure pianificate

Per cure acute stazionarie pianificate all'estero sono assicurati i costi di vitto, alloggio, assistenza e cura in tutti gli ospedali per casi acuti nel mondo intero (al massimo CHF 250 000.– per caso). La partecipazione ai costi annua indicata sulla polizza viene fatturata.

I costi di viaggio sono esclusi.

2.5 Cliniche psichiatriche

Per cure acute stazionarie sono assicurati i costi di vitto, alloggio, assistenza e cura in tutte le cliniche psichiatriche nel mondo intero.

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.– 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
- dal 541° al 720° giorno: un forfait di al max. CHF 80.– al giorno

In seguito non vengono più pagate prestazioni.

2.7 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.

2.8 Spese private particolari

Su presentazione dei giustificativi, vengono pagate le seguenti prestazioni per spese private particolari comprovate che sono in stretta relazione con una degenza ospedaliera stazionaria (taxi per l'entrata e l'uscita, telefono ecc.):

- in Svizzera e all'estero per cure pianificate CHF 500.– a degenza ospedaliera
- per urgenze all'estero al massimo CHF 50.– al giorno durante al massimo 180 giorni a degenza ospedaliera

2.9 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.

Presa a carico di tutti i costi durante 90 giorni per anno civile:

- delle cure medico-sanitarie dispensate da personale infermieristico diplomato
- dell'assistenza a domicilio da parte di 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.

2.10 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 1500.– per anno civile.

2.11 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 300.– (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 300.– 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

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

Vengono pagati:

- 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 salvataggio di persone affette da una malattia acuta o infortunate, nonché recupero di salme
- le operazioni di ricerca di persone affette da una malattia acuta o infortunate fino a un massimo di CHF 20 000.– per evento assicurativo

2.13 Mezzi ausiliari in seguito a infortunio

Vengono pagati i costi di:

- mezzi ausiliari necessari in seguito a infortunio (tutte le protesi provvisorie come pure la prima definitiva, il primo acquisto di stampelle, sostegni, apparecchi acustici, modelli normali di occhiali o lenti a contatto)
- riparazione o sostituzione di mezzi ausiliari, in caso di guasto o rottura in seguito a un infortunio assicurato

Sono esclusi tutti i generi di mezzi di deambulazione.

2.14 Danni ai denti in seguito a infortunio

Vengono pagate le cure ambulatoriali per danni ai denti in seguito a infortunio.

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.

In caso di urgenze Sanitas va informata entro 3 giorni.

Se una garanzia di copertura dei costi viene richiesta da un altro fornitore di prestazioni, 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 by Hirslanden o p-care PRIVATE by Hirslanden 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 20 000.– 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 protrae 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

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

- a p-care BASIC, p-care COMFORT, p-care PRIVATE e p-care ROYAL senza esame dello stato di salute

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