
Linea di prodotti Wincare

Diversa Comfort

Assicurazione complementare per la medicina tradizionale e prestazioni complementari

Condizioni Complementari (CC)

Edizione gennaio 2017 (versione 2017)

Ente assicurativo: Sanitas Assicurazioni private SA

sanitas

Informazioni generali

1 Oggetto dell'assicurazione

- 1 Nell'ambito dell'assicurazione complementare Diversa Comfort vengono pagate le seguenti prestazioni a complemento dell'assicurazione base:
- medicinali non obbligatoriamente a carico degli assicuratori malattia
 - cure termali
 - convalescenze
 - aiuti domiciliari
 - costi di salvataggio e di trasporto
 - cure di ortognatodonzia e cure dentarie speciali
 - occhiali/lenti a contatto
 - psicoterapia non medica
 - vaccinazioni
 - mezzi ausiliari
 - cure non obbligatoriamente a carico degli assicuratori malattia
 - cure dispensate da medici con ricusa (medici non convenzionati con gli assicuratori malattia)
 - prestazioni all'estero
 - protezione giuridica dei pazienti
- 2 L'assicurazione può essere stipulata con o senza copertura del rischio infortuni.

2 Disposizioni applicabili

Per tutte le questioni non specificamente regolamentate nelle presenti Condizioni Complementari (CC) fanno stato le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) della linea di prodotti Wincare per le assicurazioni complementari secondo LCA.

Prestazioni in Svizzera

3 Medicinali non obbligatoriamente a carico degli assicuratori malattia

- 1 Viene rimborsato il 90% dei costi per medicinali e preparati prescritti dal medico, non soggetti all'obbligo di prestazione della relativa assicurazione base. Il medicinale deve inoltre essere approvato dall'ufficio svizzero di controllo ed essere registrato per la specifica indicazione medica.
- 2 Dall'obbligo di prestazioni sono esclusi i medicinali e i preparati
- per i quali sussistono delle restrizioni nell'elenco delle specialità;
 - che figurano nell'apposito elenco Sanitas costantemente aggiornato – estratti di suddetto elenco possono essere inviati, su richiesta, alle persone assicurate;

- prescritti o consegnati nell'ambito di metodi di cura alternativi (naturopatia e medicina empirica) e per principio coperti dall'assicurazione complementare Natura Comfort.

4 Cure termali

- 1 Per i costi di un soggiorno di cura prescritto dal medico, non coperti dalla rispettiva assicurazione base, viene versato un contributo di CHF 50.– al giorno durante al massimo 21 giorni per anno civile.
- 2 Queste prestazioni vengono rimborsate solo nel caso in cui la cura termale sia stata preceduta da una cura intensiva (degenza ospedaliera o cura ambulatoriale) o non sia possibile eseguire un'adeguata terapia ambulatoriale. Se si trova in Svizzera, il centro termale deve essere autorizzato nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, se si trova in un Paese europeo deve essere riconosciuta da Sanitas. Inoltre, all'inizio del soggiorno di cura deve essere effettuata una visita medica d'ingresso ed è necessario che le applicazioni balneari/fisioterapiche vengano eseguite secondo il programma di cura.

5 Convalescenze

- 1 Per i costi relativi a un soggiorno di cura prescritto dal medico, non coperti dalla pertinente assicurazione base, viene versato un contributo di CHF 50.– al giorno per un periodo massimo di 21 giorni per anno civile.
- 2 Queste prestazioni vengono erogate solo se la cura di convalescenza serve alla guarigione o al ristabilimento dopo grave malattia, operazione o infortunio. La cura deve inoltre essere effettuata in Svizzera in uno stabilimento di cura riconosciuto da Sanitas. Un rispettivo elenco può essere inviato alle persone assicurate su richiesta.

6 Aiuti domiciliari

- 1 Per un aiuto domiciliare prescritto dal medico vengono pagati CHF 50.– al giorno durante al massimo 30 giorni per anno civile, a condizione che la persona assicurata sia totalmente inabile al lavoro e necessiti di un aiuto per i lavori di casa, sia a causa dello stato di salute che della sua situazione familiare.
- 2 Si considera aiuto domiciliare chi si occupa del governo delle case di terzi, svolgendo tale attività a titolo professionale, per conto proprio o nell'ambito di un'organizzazione. Se un'altra persona si incarica del governo della casa, l'assicurazione copre solo i costi supplementari o la perdita di guadagno da essa derivanti.

7 Costi di salvataggio e di trasporto

- 1 Sono rimborsati i costi sostenuti in Svizzera, non coperti dalla pertinente assicurazione base, per:
 - ricerca e salvataggio di persone affette da una malattia acuta o infortunate;
 - trasporti necessari per motivi di ordine medico fino al medico o all'ospedale più vicino con un mezzo di trasporto adeguato;
 - recupero della salma di una persona assicurata.
- 2 I costi di ricerca e di recupero sono limitati a un massimo di CHF 20 000.–.

8 Cure di ortognatodonzia e cure dentarie speciali

- 1 In caso di cura ambulatoriale viene rimborsato il 75 % dei costi non coperti dalla pertinente assicurazione base, secondo le tariffe valide per gli assicuratori sociali relativamente alle cure dentistiche e alle cure del dentista scolastico.
- 2 Sono coperte:
 - le cure di ortognatodonzia necessarie per motivi funzionali connessi alla masticazione (correzione della posizione dei denti e di deformazioni mascellari) fino al compimento del 22° anno d'età;
 - le cure paradontali (interventi diagnostici e terapeutici sul paradonto e periodonto, escluse le estrazioni e la sostituzione di denti).

9 Lenti per occhiali/lenti a contatto

Vengono pagati CHF 200.– per i costi non coperti dalla rispettiva assicurazione base, relativi a lenti per occhiali o lenti a contatto destinate alla correzione di difetti visivi, e precisamente per bambini e adolescenti fino al compimento del 18° anno d'età una volta nell'arco di un anno civile, per adulti una volta nell'arco di 3 anni civili.

10 Psicoterapia non medica

- 1 Per le cure prescritte dal medico ed eseguite da psicoterapeuti non medici riconosciuti viene rimborsato il 75 %, max. CHF 3000.– per anno civile, dei costi non coperti dalla pertinente assicurazione base.
- 2 Sono considerati psicoterapeuti non medici riconosciuti gli psicologi che esercitano la loro attività professionale per conto proprio e che sono in possesso dell'autorizzazione dell'Associazione degli assicuratori malattia svizzeri (santésuisse).
- 3 Non sono coperti i costi per le psicoterapie praticate a scopo di autocoscienza, realizzazione o maturazione della personalità o che non servono alla cura di una malattia.

11 Vaccinazioni

Per le vaccinazioni, viene rimborsato il 90 % dei costi non coperti dalla pertinente assicurazione base.

12 Mezzi ausiliari

- 1 Per i mezzi ausiliari prescritti dal medico viene rimborsato il 75 %, max. CHF 3000.–, dei costi sostenuti per ogni mezzo, non coperti da un'assicurazione sociale.
- 2 Vengono rimborsati i seguenti mezzi ausiliari:
 - protesi, apparecchi di sostegno e di guida per arti, busti ortopedici e scarpe ortopediche, apparecchi acustici, apparecchi ortofonici, mezzi ausiliari per ciechi e grandi invalidi della vista, carrozzelle, accessori che facilitano la deambulazione e letti ortopedici.
- 3 I mezzi ausiliari forniti dalla Federazione svizzera per i compiti comunitari degli assicuratori malattia (SVK) vengono dati in prestito gratuitamente alle persone assicurate.
- 4 I costi per il funzionamento e la manutenzione dei mezzi ausiliari non sono coperti.

13 Cure non obbligatoriamente a carico degli assicuratori malattia

- 1 Per i costi relativi a determinate cure non coperte dalla pertinente assicurazione base viene rimborsato il 75 %, max. CHF 4000.– per cura.
- 2 Sono assicurate in particolare:
 - correzioni di orecchie sporgenti;
 - sterilizzazioni (legamento/resezione tube e vasectomia);
 - plastiche riduttive della mammella in caso di disturbi dimostrabili che necessitano di una cura.
- 3 Le prestazioni vengono versate solo a condizione che:
 - la richiesta di partecipazione ai costi, unitamente a una prescrizione medica dettagliata, pervenga a Sanitas almeno 3 settimane prima dell'inizio previsto per la cura;
 - la cura sia raccomandata e appropriata da un punto di vista medico;
 - Sanitas abbia concesso, in forma scritta, la propria autorizzazione.

14 Cure di medici con ricusa (medici non convenzionati con gli assicuratori malattia)

Per cure prestate da medici che hanno rifiutato di fornire le loro prestazioni secondo la Legge federale dell'assicurazione malattie LAMal (medici con ricusa), viene rimborsato il 75 % dei costi, max. CHF 3000.– per anno civile.

Prestazioni all'estero

15 Validità temporale e territoriale

La copertura assicurativa all'estero da ora sarà valida per soggiorni all'estero di durata inferiore a 12 mesi.

16 Prestazioni

- 1 In caso di malattia o infortunio all'estero, vengono accordate le seguenti prestazioni, a complemento della rispettiva assicurazione base:
 - costi di cura calcolati in base alle tariffe locali per:
 - cure mediche;
 - medicinali;
 - analisi;
 - cure presso chiropratici;
 - cure dentarie in seguito a infortuni;
 - cure stazionarie in ospedali per casi acuti;
 - costi per operazioni di ricerca e salvataggio di persone affette da una malattia acuta o infortunate;
 - costi per trasporti necessari da un punto di vista medico, effettuati con mezzi appropriati e in rapporto diretto con le misure terapeutiche adottate (compresi i costi di rimpatrio);
 - costi per il recupero e il rimpatrio della salma.
- 2 I costi di ricerca e di recupero sono limitati a un massimo di CHF 20 000.–.
- 3 Le prestazioni vengono corrisposte soltanto per cure eseguite nel Paese in cui soggiorna la persona assicurata. Per trasferimenti e cure in Paesi terzi non viene riconosciuto alcun diritto a prestazioni.

17 Obbligo di notifica di malattia o infortunio all'estero

- 1 In caso di malattia improvvisa o d'infortunio all'estero, occorre avvisare tempestivamente Sanitas Assistance se si intende usufruire delle seguenti prestazioni:
 - operazioni ricerca e salvataggio;
 - trasporti e cure stazionarie in ospedali per casi acuti;
 - recupero e rimpatrio della salma.
- 2 L'assistenza necessaria viene disposta, organizzata e, se necessario, attuata da Sanitas Assistance. Sanitas si assume solo i costi per le misure sopramenzionate.

18 Prestazioni massime

- 1 In caso di cura ambulatoriale, le prestazioni vengono versate senza limite di importo.
- 2 In caso di cure stazionarie vengono accordate le prestazioni senza limite di importo fino al momento in cui si rende possibile, da un punto di vista medico, il ritorno al domicilio o il trasferimento in un ospedale adeguato in Svizzera, al massimo tuttavia durante 60 giorni.

Protezione giuridica dei pazienti

Ente assicurativo: AXA-ARAG

19 Assicuratore competente

- 1 L'assicuratore è l'AXA-ARAG, Protezione giuridica SA, con sede a Zurigo. Le persone assicurate possono far valere le pretese derivanti dalla presente assicurazione di protezione giuridica esclusivamente nei confronti dell'AXA-ARAG.
- 2 Sanitas non può impartire direttive all'AXA-ARAG il cui contenuto faccia riferimento alla liquidazione di un caso giuridico.

20 Validità relativa a persone

Si considerano persone assicurate:

- tutte le persone che hanno stipulato l'assicurazione complementare Diversa Comfort;
- i discendenti legali / beneficiari designati di una persona assicurata, se quest'ultima muore in seguito a un evento assicurato.

21 Oggetto della copertura

- 1 L'assicurazione copre la tutela degli interessi giuridici della persona assicurata in caso di controversie con un fornitore di prestazioni (medico, dentista, ospedale, personale paramedico) riconosciuto dalla Legge sull'assicurazione malattie o dalla Legge sull'assicurazione contro gli infortuni oppure con altri fornitori riconosciuti da Sanitas in relazione con prestazioni per le quali esiste una copertura presso Sanitas.

- 2 Sono assicurati:
- a) responsabilità civile: controversie relative all'esercizio del diritto legale o contrattuale di responsabilità civile in caso di danni fisici e di danni patrimoniali direttamente conseguenti, riconducibili a
- possibili errori di cura, diagnosi errate e sorveglianza insufficiente;
 - omissione di visite e cure mediche;
 - violazione dell'obbligo d'informazione della persona assicurata in merito alle possibili conseguenze dei provvedimenti d'ordine medico;
 - informazioni sbagliate e rifiuto di fornire informazioni.
- b) diritto contrattuale: controversie contrattuali riguardanti la consultazione e la consegna della documentazione sul paziente (p.es. radiografie, anamnesi).
- 3 Non sono assicurate le controversie concernenti:
- cure psichiatriche, psicoterapeutiche e cure dentarie non coperte da Sanitas;
 - onorari e fatture;
 - prestazioni di assicurazioni sociali e private nonché di casse pensioni.

22 Validità temporale

La copertura assicurativa vale per i casi verificatisi nel corso della durata dell'assicurazione complementare Diversa Comfort. Un caso si considera insorto:

- in diritto della responsabilità civile (punto 21.2.a): nel momento in cui è stato causato il danno;
- in diritto contrattuale (punto 21.2.b): nel momento in cui sono state, effettivamente o presumibilmente, violate per la prima volta le disposizioni di legge o gli obblighi contrattuali.

23 Validità territoriale

L'assicurazione vale esclusivamente per i casi giuridici con foro in Svizzera e se è applicabile il diritto svizzero.

24 Prestazioni assicurate

- 1 Nei casi coperti dall'assicurazione, l'AXA-ARAG si assume per ciascuno di essi, fino a concorrenza della somma di garanzia di CHF 250 000.-,
- i costi sostenuti dall'AXA-ARAG per la gestione del caso;
 - i costi per l'intervento di un rappresentante legale della persona assicurata, designato previo accordo con l'AXA-ARAG;
 - i costi per le perizie che sono state ordinate di comune accordo con l'AXA-ARAG oppure disposte da un tribunale a chiarimento di controversie;

- le tasse di giustizia o altre spese processuali di tribunali e autorità statali a carico dell'assicurato;
- le indennità processuali o ripetibili riconosciute alla controparte;
- i costi per l'incasso delle indennità spettanti alla persona assicurata nell'ambito un caso giuridico coperto dall'assicurazione, fino al ricevimento di un attestato di carenza di beni o della comminatoria di fallimento;
- i costi per un procedimento di mediazione, concordato con l'AXA-ARAG, in alternativa al procedimento giudiziario.

- 2 Se una persona assicurata beneficia della copertura dell'AXA-ARAG per lo stesso caso giuridico da diversi contratti di assicurazione, la somma di garanzia viene versata una sola volta.

- 3 L'assicurazione non copre:
- il risarcimento di danni e il torto morale;
 - i costi che sono a carico di un terzo civilmente responsabile o di un assicuratore di responsabilità civile.

25 Notifica del caso

- 1 La persona assicurata deve avvisare immediatamente Sanitas o l'AXA-ARAG quando insorge un caso per il quale intende chiedere le prestazioni assicurate all'AXA-ARAG.
- 2 In caso di violazione degli obblighi di notifica o di comportamento, l'AXA-ARAG ha il diritto di decurtare o rifiutare le prestazioni.

26 Trattamento del caso

- 1 Cooperazione: dopo aver notificato il caso, la persona assicurata è tenuta a fornire all'AXA-ARAG tutte le informazioni e le procure necessarie, nonché a procurarsi e a fornire le relative prove e gli attuali indirizzi della controparte.
- 2 Procedura dopo aver esaminato la situazione giuridica, l'AXA-ARAG discute con la persona assicurata sul modo di procedere e conduce a suo nome le trattative per un risoluzione amichevole del caso. Se queste rimangono infruttuose, spetterà all'AXA-ARAG decidere sull'opportunità di procedere in sede giudiziale e sull'ulteriore procedura da seguire.

- 3 Intervento di un legale: l'AXA-ARAG decide sulla necessità di incaricare un legale.
- a) La persona assicurata ha comunque il diritto di incaricare un legale di sua scelta, in accordo con l'AXA-ARAG,
- qualora si renda necessario l'intervento di un rappresentante legale in previsione di una procedura giudiziaria o amministrativa (monopolio dell'avvocato);
 - in caso di conflitti d'interesse.
- b) In caso di disaccordo sul rappresentante legale da designare, l'AXA-ARAG affiderà il mandato a un rappresentante legale, scelto fra 3 nomi indicati dalla persona assicurata. Questi non possono appartenere né allo stesso studio legale né allo stesso studio legale associato;
- c) La persona assicurata libera l'avvocato dal segreto professionale nei confronti dell'AXA-ARAG sottoponendolo all'obbligo di tenerla informata sull'andamento del caso e, in particolare, a fornirle tutte le informazioni e la documentazione necessarie per consentirle di prendere le proprie decisioni, purché non vi sia conflitto di interessi e l'inoltro all'AXA-ARAG delle informazioni richieste non sia pregiudizievole per la persona assicurata.
- 4 Transazioni: AXA-ARAG si assume gli obblighi derivanti da una transazione solo se vi ha dato previamente il suo consenso.
- 5 Indennità processuali o ripetibili alla controparte: le indennità processuali o altre ripetibili assegnate alla persona assicurata, sia in sede giudiziale sia in sede stragiudiziale, spettano all'AXA-ARAG fino a concorrenza delle prestazioni da essa fornite.
- 6 Scarse prospettive di successo: se l'AXA-ARAG si rifiuta di versare le prestazioni per una misura a causa delle scarse prospettive di successo, essa deve motivare immediatamente per iscritto la soluzione da essa proposta e indicare alla persona assicurata la possibilità di seguire la procedura in caso di divergenze d'opinione.
- 7 Procedura in caso di divergenze d'opinione: in caso di divergenze di opinione sulle misure da prendere per la risoluzione del caso, la persona assicurata ha il diritto di chiedere in proposito il parere di un esperto neutrale, da designare di comune accordo. In caso di disaccordo sulla persona da designare, questa viene nominata dal giudice competente. I costi devono essere anticipati per metà dalle 2 parti e sono, infine, a carico della parte soccombente. Non sono previste indennità processuali o ripetibili alla controparte.

- 8 Provvedimenti a proprie spese: in caso di divergenze di opinioni la persona assicurata può prendere, a sue spese, i provvedimenti che più le sembrano opportuni per la difesa dei propri interessi. Se, in caso di rifiuto della prestazione assicurativa, la persona assicurata intenta, o prosegue, un processo a sue spese e ottiene un risultato più favorevole della soluzione motivata per iscritto dall'AXA-ARAG, o del risultato derivante dalla procedura in caso di divergenze di opinione, l'AXA-ARAG si assume i relativi costi fino a concorrenza dell'importo massimo della garanzia.

27 Elaborazione dei dati

L'AXA-ARAG è autorizzata a procurarsi e a elaborare i dati necessari per il trattamento del caso. Essa è altresì autorizzata a richiedere le necessarie informazioni a terzi e a prendere visione degli atti ufficiali. Se necessario per il trattamento del caso, i dati vengono trasmessi a terzi coinvolti e all'estero. L'AXA-ARAG si impegna a trattare le informazioni ricevute con la massima riservatezza.