

Condizioni Complementari (CC)

Hospital Day Comfort

Assicurazione complementare secondo
la Legge federale sul contratto d'assicurazione
(LCA) per prestazioni ambulatoriali

Edizione luglio 2022

Versione 2023

1 Scopo e basi

L'assicurazione complementare Hospital Day Comfort si assume i costi degli interventi ambulatoriali non coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), nonché le prestazioni direttamente connesse a tali interventi (secondo le cifre 4, 5 e 6 di seguito) erogate da istituzioni partner riconosciute da Sanitas, se sono motivate dal punto di vista medico. Ulteriori prestazioni assicurate sono descritte nelle presenti Condizioni Complementari.

I costi vengono rimborsati successivamente alle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge sull'assicurazione malattie (LAMal) e delle altre assicurazioni sociali secondo la cifra 2 delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA).

Se anche altre assicurazioni forniscono una copertura supplementare o subordinata, si applicano le disposizioni legali previste in caso di assicurazione multipla.

Il rischio infortuni e le prestazioni di maternità sono assicurati.

Le presenti Condizioni Complementari si basano sulle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per le assicurazioni complementari secondo la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA.) Queste Condizioni Complementari divergono dalle CGA LCA secondo la cifra 9 di seguito.

2 Validità territoriale

L'assicurazione vale per le prestazioni percepite in Svizzera. La condizione è che la persona assicurata abbia il domicilio di diritto civile in Svizzera e sia soggetta all'obbligo assicurativo secondo l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie LAMal.

Le prestazioni percepite all'estero non vengono rimborsate da questa assicurazione complementare.

3 Definizioni

1 Fornitore di prestazioni

I fornitori di prestazioni riconosciuti da Sanitas sono persone o istituzioni che forniscono prestazioni mediche alla persona assicurata e che hanno stipulato un accordo contrattuale con Sanitas. Tra questi rientrano p.es. medici, ambulatori e ospedali. Sono considerati fornitori di prestazioni riconosciuti le persone o le istituzioni che figurano nell'elenco delle istituzioni partner riconosciute da Sanitas.

Se le prestazioni vengono richieste al di fuori delle istituzioni partner di Sanitas, vengono riconosciuti solo fornitori di prestazioni che hanno un relativo mandato di prestazioni e che figurano nell'elenco ospedaliero cantonale. Tale disposizione si riferisce alla cifra 6 sulle prestazioni al di fuori delle istituzioni partner Sanitas (in Svizzera) delle presenti Condizioni Complementari.

2 Elenco

Sanitas dispone di un elenco di tutte le istituzioni partner riconosciute da Sanitas e delle loro prestazioni riconosciute da Sanitas. L'elenco è parte integrante delle presenti Condizioni Complementari. L'elenco attualmente valido viene pubblicato sui canali digitali per i clienti (p.es. sito web) o può essere richiesto presso Sanitas. Sanitas si riserva il diritto di modificare questo elenco in qualsiasi momento.

4 Prestazioni per interventi ambulatoriali e prestazioni in diretta relazione con interventi ambulatoriali

1 Libera scelta del medico all'interno delle istituzioni partner riconosciute da Sanitas

Sono assicurati i costi per la libera scelta del medico all'interno dell'istituzione partner riconosciuta da Sanitas in caso di interventi ambulatoriali. Il diritto alle prestazioni sussiste per interventi presso un'istituzione partner riconosciuta da Sanitas secondo l'elenco.

2 Privacy e prestazioni di comfort nelle istituzioni partner riconosciute da Sanitas

Le prestazioni comprendono i costi della sala risveglio privata e i pasti il giorno dell'intervento nell'istituzione partner riconosciuta da Sanitas secondo l'elenco. L'assicurazione si assume i costi sostenuti nell'ambito di interventi ambulatoriali che non sono coperti dall'assicurazione delle cure medico-sanitarie secondo LAMal, conformemente all'accordo contrattuale stipulato con la rispettiva istituzione partner riconosciuta da Sanitas.

3 Trasporto

Sono coperte le spese di viaggio della persona assicurata e di una persona accompagnatrice con mezzi di trasporto pubblici, taxi o altri fornitori di mobilità e per trasporti privati (esclusi i trasporti indicati dal punto di vista medico ai sensi dell'art. 26 OPre), a condizione che siano direttamente legati all'intervento ambulatoriale.

Dopo aver trasmesso i giustificativi, vengono pagati al massimo CHF 500.- per intervento ambulatoriale, in totale al massimo CHF 1000.- per anno civile per
– al massimo i costi di viaggio effettivi per viaggi con mezzi pubblici, taxi o altri fornitori di mobilità;
– CHF –.80 a chilometro per trasporti privati;
– i costi di parcheggio nel luogo di cura per la persona assicurata e la persona accompagnatrice.

Vengono rimborsati i costi di viaggio e di parcheggio il giorno prima e il giorno dopo l'intervento nonché il giorno dell'intervento stesso. Per ogni intervento viene rimborsato un viaggio di andata e uno di ritorno.

4 Pernottamento

Dopo aver trasmesso i giustificativi, vengono pagati al massimo CHF 500.- per intervento ambulatoriale, al massimo CHF 1500.- per anno civile per pernottamenti che non sono necessari dal punto di vista medico. Sono prese a carico le spese di pernottamento sostenute per la notte direttamente precedente e successiva all'intervento, incluso il vitto per la persona assicurata in un'istituzione partner riconosciuta da Sanitas, in un albergo (incl. persona accompagnatrice) o con un altro offerente di alloggio commerciale (incl. persona accompagnatrice).

5 Altre prestazioni mediche e organizzative

1 Procedure innovative, strumenti e apparecchiature per la diagnosi e la cura

In relazione all'intervento ambulatoriale, vengono presi a carico i costi, al massimo CHF 5000.- per anno civile, per le seguenti prestazioni che non sono assicurate dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal:

- procedure diagnostiche e terapeutiche innovative, mezzi ausiliari, strumenti, impianti nonché materiali e oggetti efficaci, adeguati e ragionevoli dal punto di vista medico;
- processi di cura innovativi in base alle più recenti scoperte mediche.

Le prestazioni assicurate sono riportate sull'elenco delle istituzioni partner riconosciute da Sanitas.

2 Aiuto domiciliare e consegna dei pasti

Con prescrizione medica, i costi per l'aiuto domiciliare vengono rimborsati in base a fatture dettagliate con calendario (panoramica delle ore e dei giorni per i quali è stato richiesto l'aiuto domiciliare), a condizione che l'aiuto domiciliare sia fornito da una persona che non convive nella stessa economia domestica. La persona che gestisce l'economia domestica e assicurata presso Sanitas ha diritto a queste prestazioni durante al massimo 30 giorni prima e/o dopo l'intervento ambulatoriale. Per aiuto domiciliare si intende la pulizia domestica, fare la spesa, cucinare, lavare, stirare, la cura del giardino e delle piante. Dopo l'intervento ambulatoriale vengono rimborsati i costi per i servizi di fornitura di pasti.

Sono assicurate le seguenti prestazioni per intervento, con una somma massima CHF 60.- al giorno:

- aiuto domiciliare prima e/o dopo l'intervento, per al massimo 30 giorni;
- consegna dei pasti dopo l'intervento per al massimo 14 giorni.

Per ogni intervento vengono pagati al massimo CHF 1800.- per aiuti domiciliari e per la consegna di pasti.

3 Prestazioni d'assistenza

Per max. 30 giorni prima e/o dopo un intervento ambulatoriale di una persona assicurata, i costi delle seguenti prestazioni di assistenza vengono presi a carico in base a fatture dettagliate con calendario (quadro dettagliato delle ore e dei giorni in cui sono state richieste prestazioni di assistenza):

- al massimo CHF 400.- per intervento ambulatoriale per la custodia dei propri figli o di figli affiliati fino al compimento del 16° anno d'età da parte di una persona di fiducia;
- al massimo CHF 1000.- per l'assistenza delle persone bisognose di cure che sono state assistite in precedenza dalla persona assicurata, da una persona di fiducia;
- al massimo CHF 200.- per intervento ambulatoriale per l'assistenza di animali domestici da parte di una persona responsabile dell'accudimento di animali a titolo professionale p.es. pensioni per animali.

Il rimborso della custodia è assicurato solo se la persona assicurata non può occuparsene da sola per ragioni mediche (con prescrizione medica).

Sono assicurati complessivamente fino a CHF 1000.- per intervento ambulatoriale, al massimo CHF 2000.- per anno civile.

6 Prestazioni al di fuori delle istituzioni partner Sanitas (Svizzera)

Se un intervento ambulatoriale viene eseguito al di fuori della rete delle istituzioni partner riconosciute da Sanitas, vengono prese a carico le seguenti prestazioni:

- assunzione integrale dei costi massimi e della durata delle prestazioni prevista dalle presenti Condizioni Complementari secondo la cifra 4.3 Trasporto, cifra 4.4 Pernottamento (solo in un hotel o un altro offerente commerciale di alloggio), cifra 5.2 Aiuto domiciliare e consegna dei pasti e cifra 5.3 Prestazioni di assistenza.

Ulteriori prestazioni non vengono prese a carico da questo prodotto di assicurazione complementare.

7 Premesse per il versamento delle prestazioni

1 Premesse generali per il versamento delle prestazioni

La condizione per l'assunzione dei costi da parte di Sanitas è una garanzia di copertura dei costi/conferma della copertura da parte di Sanitas. Questa deve essere richiesta prima dell'ingresso in ospedale. Se la garanzia di copertura dei costi/la conferma della copertura di Sanitas non sussiste all'ingresso in ospedale, Sanitas si riserva il diritto di non rimborsare i costi o di rimborsarli solo in parte. In caso di urgenza, la garanzia di copertura dei costi/la conferma della copertura deve essere richiesta immediatamente a Sanitas entro 3 giorni dall'intervento.

2 Premesse per il versamento delle prestazioni in caso di un modello assicurativo alternativo

Le persone assicurate con un modello assicurativo alternativo dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal (p.es. modello medico di famiglia, telemedicina o modelli con scelta limitata del fornitore di prestazioni) devono attenersi alle Condizioni complementari del modello assicurativo alternativo anche per la presente assicurazione.

8 Esclusioni di prestazioni

A complemento delle esclusioni di prestazioni previste all'articolo 7 delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per le assicurazioni complementari, per i seguenti interventi che non costituiscono un intervento ambulatoriale ai sensi del presente contratto non vengono erogate prestazioni da questa assicurazione complementare:

- somministrazione unica e ripetuta di medicinali (eccetto prestazioni di maternità);
- radioterapia una tantum e ripetuta;
- terapia della luce (UVA o UVB) una tantum o ripetuta;
- procedure di purificazione del sangue (dialisi);
- iniezioni e infusioni (p.es. chemioterapia, trattamento della carenza di ferro, somministrazione di farmaci ecc.);
- punture (p.es. prelievo di sangue, prelievo di tessuto e di liquidi ecc.);
- diagnostica per immagini (p.es. radiografie, ecografie, tomografia computerizzata, ECG ecc.);
- trapanazione dell'unghia (ematoma subungueale), incisione o drenaggio in caso di infiammazioni del letto ungueale;
- piccoli interventi cutanei con una ferita fino a 2 cm² in caso di malattie benigne.

9 Deroche alle Condizioni generali di assicurazione (CGA) LCA

Secondo la cifra 1 capoverso 5 delle presenti Condizioni complementari esistono divergenze rispetto alle CGA LCA. Le cifre delle CGA LCA riportate di seguito vengono sostituite dalle seguenti disposizioni:

Durata del contratto (cifra 16 CGA LCA)

Il contratto viene stipulato per una durata indeterminata.

Se la persona assicurata sceglie una durata del contratto stabilita e pluriennale, la scadenza viene indicata sulla polizza. Se a quel momento il/la contraente non ha inoltrato disdetta, il contratto d'assicurazione viene tramutato automaticamente in un contratto a tempo indeterminato che si proroga tacitamente anno dopo anno.

Modifica del contratto da parte di Sanitas (CGA LCA cifra 18, capoverso 3)

In questo caso, il/la contraente ha il diritto di disdire il contratto d'assicurazione per Hospital Day Comfort per la data dell'entrata in vigore della modifica del contratto. Per essere valida, la disdetta 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 della modifica del contratto.

Disdetta (CGA LCA cifra 19, capoverso 2)

Il/La contraente può disdire il contratto d'assicurazione per la fine della durata del contratto fissa, osservando un preavviso di tre mesi. Se il contratto è stato stipulato per un periodo di tre anni o più, può essere disdetto per la fine del terzo o dell'anno successivo osservando un preavviso di tre mesi.

Se il contratto d'assicurazione è stato stipulato a tempo indeterminato, può essere disdetto osservando un termine di disdetta di tre mesi per la fine dell'anno civile. La disdetta deve pervenire a Sanitas al più tardi il 30 settembre.

Cambio della fascia d'età e del domicilio (CGA LCA cifra 22) e durata del contratto

La tariffa dei premi può essere strutturata in base all'età, al sesso, al domicilio civile e alla durata del contratto (sconto pluriennale che viene a cadere alla scadenza della durata fissata inizialmente) e la modifica di uno dei suddetti fattori può comportare una modifica dei premi. Tale modifica, a eccezione della modifica dei premi sulla base dell'età, autorizza alla disdetta secondo la cifra 18 delle CGA LCA.

Fascia d'età

La persona assicurata viene assegnata alla rispettiva fascia d'età in base all'età effettiva:

00-10	21-25	36-40	51-55	66-70	81-85
11-15	26-30	41-45	56-60	71-75	86-90
16-20	31-35	46-50	61-65	76-80	91+

Per l'assegnazione alla fascia d'età, è determinante l'età raggiunta dalla persona assicurata nell'anno civile dell'inizio dell'assicurazione.

Il passaggio alla fascia d'età superiore avviene all'inizio dell'anno civile in cui la persona assicurata raggiunge il primo compleanno della fascia d'età superiore (tariffa in base all'età effettiva).

Un passaggio a una delle suddette fasce d'età superiori è di regola legato a un aumento del premio.

Pagamento dei premi e scadenza (CGA LCA cifra 23, capoverso 1)

I premi sono esigibili il 1° giorno del periodo fatturato. I pagamenti possono essere effettuati a scadenze annuali, semestrali, trimestrali, bimestrali o mensili; l'anno assicurativo inizia il 1° gennaio. Per le modalità di pagamento inferiori a un anno, Sanitas può richiedere un importo minimo di fattura.

10 Varie

1 Adeguamento dell'elenco

L'elenco menzionato nelle presenti Condizioni complementari può essere adeguato in qualsiasi momento da Sanitas. Un adeguamento non comporta il diritto di disdetta da parte del/della contraente.

2 Registrazione ed elaborazione dei dati

Per garantire un'assistenza medica coordinata, le prestazioni assicurate da Hospital Day Comfort prevedono che i fornitori di prestazioni e Sanitas si scambino i dati delle persone assicurate. Si tratta in particolare di quanto segue:

- l'appuntamento di cura presso uno specialista riconosciuto;
- la data dell'intervento ambulatoriale;
- l'indicazione per l'intervento ambulatoriale;
- il risultato della cura (decorso con o senza complicazioni).

A tal fine, la persona assicurata acconsente espressamente al seguente trattamento dei dati in aggiunta al trattamento dei dati regolato dall'articolo 26 CGA LCA per garantire le prestazioni assicurate da Hospital Day Comfort:

- trasmissione di dati da parte dei fornitori di prestazioni a Sanitas e trattamento di questi dati da parte di Sanitas, e
- trasmissione di dati da parte di Sanitas ai fornitori di prestazioni e trattamento di questi dati da parte dei fornitori di prestazioni.

Nel rispetto delle disposizioni legali e contrattuali sulla protezione dei dati, i dati vengono trasmessi anche a terzi autorizzati da Sanitas e/o dai fornitori di prestazioni, che Sanitas o i fornitori di prestazioni incaricano per garantire l'assistenza medica coordinata delle prestazioni assicurate da Hospital Day Comfort o per altri scopi.

Questo consenso può essere revocato in qualsiasi momento. La revoca può avvenire nei confronti di Sanitas o del fornitore di prestazioni e può comportare la limitazione o l'esclusione delle prestazioni assicurate in Hospital Day Comfort.

3 Prestazioni in caso di passaggio a una degenza stazionaria

Se, per motivi medici, una procedura ambulatoriale assicurata viene inaspettatamente eseguita in regime stazionario, le prestazioni erogate fino al momento della determinazione della necessità della degenza stazionaria vengono rimborsate secondo quanto previsto dalle presenti Condizioni Complementari ai sensi della cifra 4.3 Trasporto, cifra 4.4 Pernottamento, cifra 5.1 Procedure innovative, strumenti e apparecchiature per la diagnosi e la cura, cifra 5.2 Aiuto domiciliare e consegna dei pasti e cifra 5.3 Prestazioni d'assistenza.

Dopo tale data non sussiste più alcun diritto a prestazioni da questa assicurazione complementare.