

Progetto famiglia

Assicurazione complementare per
cure volte ad aumentare le possibilità
di una gravidanza

Edizione dicembre 2019 (versione 2023)

Ente assicurativo: Sanitas Assicurazioni private SA

1 Scopo e basi

Da Progetto famiglia vengono pagati i costi per i trattamenti di fertilità e le procedure diagnostiche 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) nonché in seguito ad altre assicurazioni complementari presso Sanitas.

Le presenti Condizioni complementari (CC) si basano sulle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per le assicurazioni complementari secondo LCA.

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. È possibile percepire prestazioni all'estero solo se Sanitas riconosce il fornitore di prestazioni nel Paese in questione.

3 Evento assicurato

Assicurata è sia la constatazione, motivata dal punto di vista medico e determinata durante la durata del contratto, del fatto che la persona assicurata non può rimanere incinta in modo naturale, sia la maternità durante la durata del contratto.

4 Prestazioni

1 Cure

Sono assicurate le seguenti prestazioni:

- inseminazione artificiale nel grembo materno (inseminazione omologa) con lo sperma del proprio partner; tutti i metodi (ICI, IUI, ITI), max. due tentativi. È assicurato il 75% dei costi, max. CHF 2000.–.
- Fecondazione artificiale al di fuori dell'utero con gli spermatozoi del partner (fecondazione in vitro, iniezione intracitoplasmatica di spermatozoi, coltura blastocitaria, incl. screening delle aneuploidie). È assicurato il 75% dei costi, max. CHF 12 000.–.
- Esame genetico dell'embrione prima dell'impianto in utero (diagnosi preimpianto) nell'ambito delle disposizioni di legge vigenti in Svizzera. È assicurato il 75% dei costi, max. CHF 5000.–.
- Test prenatale non invasivo (TPNI, test del sangue materno convalidato per l'individuazione di possibili anomalie cromosomiche della trisomia 21, 13 e 18 del bambino) con un rischio di trisomia combinata inferiore a 1:1000 secondo la Società Svizzera di Ginecologia e Ostetricia (SSGO). È assicurato il 75% dei costi, max. CHF 500.–.
- Nella stessa misura è assicurato il test prenatale non invasivo (TPNI) in caso di gravidanze naturali.
- Dopo ogni parto, la persona ha di nuovo diritto agli importi massimi.
- Sanitas contribuisce a ulteriori prestazioni a sostegno della gravidanza e del desiderio di maternità. Inoltre tiene un elenco con misure e fornitori di prestazioni riconosciuti nonché contributi ai costi (cfr. cifra 4.3).

2 Le condizioni per le prestazioni

Tutte le possibilità di cura assicurate secondo l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie della LAMal, inclusa la cura farmacologica e ormonale, devono essere esaurite o dichiarate non adeguate, non efficaci o non economiche nel singolo caso.

Le prestazioni vengono fornite soltanto se Sanitas ha rilasciato una garanzia di copertura dei costi prima dell'inizio della cura e se la cura è stata eseguita da un fornitore di prestazioni riconosciuto. Ciò non comprende il test prenatale non invasivo.

3 Fornitori di prestazioni riconosciuti, misure e contributi ai costi

Sanitas tiene elenchi di fornitori di prestazioni riconosciuti, misure e contributi ai costi. Fa stato la versione dell'elenco attuale al momento dell'inizio della cura. L'elenco è disponibile sul sito sanitas.com, ma può anche essere richiesto separatamente. Gli elenchi possono essere adeguati in seguito alla selezione di fornitori di prestazioni, alla disponibilità dei prodotti nonché allo sviluppo in ambito medico.

5 Periodo di carenza

Per le cure fanno stato i seguenti periodi di carenza.

- 9 mesi a partire dall'inizio dell'assicurazione Progetto famiglia per la diagnostica prenatale (TPNI).
- 24 mesi dall'inizio dell'assicurazione Progetto famiglia per la fecondazione artificiale nel e al di fuori dell'utero nonché la diagnosi preimpianto.
- Per tutte le altre prestazioni non sussiste alcun periodo di carenza.

6 Limite d'età

Questa assicurazione spira il 31 dicembre dell'anno nel quale la persona assicurata compie il 44esimo anno d'età. In caso di cure già avviate fa stato la data dell'inizio della cura.

7 Divergenze dalle Condizioni generali di assicurazione (CGA) LCA

1 Passaggio a una nuova fascia d'età e cambio di domicilio (cifra 22) e della 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.

Fasce d'età

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

18–25	26–30	31–35	36–40	41–44
-------	-------	-------	-------	-------

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.