
Linea di prodotti Wincare

Assicurazioni ospedaliere

Assicurazioni complementari per cure stazionarie

Condizioni Complementari (CC)

Edizione gennaio 2017 (versione 2017)

Ente assicurativo: Sanitas Assicurazioni private SA

sanitas

Informazioni generali

1 Oggetto dell'assicurazione

1 Le presenti Condizioni Complementari (CC) si applicano alle seguenti assicurazioni complementari.

- **Reparto privato o semiprivato**

Rimborso dei costi per vitto, alloggio, assistenza e cura, non coperti dalla pertinente assicurazione base contro le malattie o da quella contro gli infortuni nel reparto privato o semiprivato di un ospedale per casi acuti.

- **Ospedale Comfort 1 e Ospedale Comfort 2**

Rimborso dei costi non coperti dalla pertinente assicurazione base per la degenza e la cura in una camera a uno o due letti di un ospedale convenzionato.

- **Medico privato**

Rimborso dei costi di cura non coperti dalla pertinente assicurazione base in caso di libera scelta del medico in un ospedale convenzionato (primario, caposervizio/capoclinica, medico esterno).

- **Ospedali in elenco LAMal, risp. reparto comune**

Rimborso dei costi per vitto, alloggio, assistenza e cura, non coperti dalla pertinente assicurazione base per la degenza, nel reparto comune di un ospedale per casi acuti che rientra negli elenchi cantonali previsti dalla LAMal.

- **Ospedali fuori elenco**

Rimborso dei costi di vitto, alloggio, assistenza e cura in un ospedale per casi acuti che non figura nel relativo elenco cantonale previsto dalla LAMal (comfort per vitto, alloggio, assistenza e cura a seconda dell'altra assicurazione ospedaliera stipulata).

2 Le assicurazioni possono essere stipulate 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.

Definizioni

Ospedali per casi acuti

1 Quali ospedali per casi acuti si intendono gli istituti di cura o i relativi reparti, diretti e sorvegliati da medici, nei quali vengono curate in modo stazionario le malattie o i postumi di infortunio acuti oppure praticata la riabilitazione. Gli ospedali per casi acuti devono garantire un'assistenza medica sufficiente, disporre di personale specializzato e dell'infrastruttura medica idonea, assicurare un'adeguata fornitura di farmaci. Si considerano ospedali per casi acuti anche le cliniche psichiatriche, di ostetricia e di riabilitazione.

2 Non sono considerati ospedali per casi acuti: le case di cura, le case per anziani, le case di cura per malati cronici o per pazienti terminali e altri istituti non previsti per la cura di malattie acute.

4 Ospedali in elenco LAMal

1 Trattasi di ospedali per casi acuti che non risultano nell'elenco redatto da ogni Cantone, come previsto dall'art. 39.1 e LAMal.

2 Un relativo elenco può essere inviato alle persone assicurate su richiesta.

5 Ospedale fuori elenco

1 Si considerano ospedali fuori elenco:

- gli ospedali per casi acuti che non figurano nell'elenco redatto da ogni Cantone, come previsto dall'art. 39.1 e LAMal;
- gli istituti che eseguono cure semiospedaliere di malattie acute e dispongono di letti per cure stazionarie.

2 Un relativo elenco può essere inviato alle persone assicurate su richiesta.

6 Ospedale convenzionato

1 Si considerano convenzionati gli ospedali per casi acuti che si impegnano nei confronti di Sanitas a riconoscere le coperture Ospedale Comfort e Medico privato, nonché a conteggiare separatamente e alle tariffe convenute le prestazioni per il medico privato e il comfort in ospedale.

2 Un relativo elenco può essere inviato alle persone assicurate su richiesta.

Prestazioni dell'Assicurazione per il reparto comune, semiprivato e privato

7 Varianti assicurative

- 1 A seconda di quanto convenuto, l'assicurazione copre la degenza nel reparto comune, semiprivato o privato.
- 2 Per reparto comune si intende una camera a più letti, con tariffa riconosciuta da Sanitas.
- 3 Per reparto semiprivato si intende una camera a 2 o eccezionalmente a più letti, con tariffa riconosciuta da Sanitas.
- 4 Per reparto privato si intende una camera a 1 o eccezionalmente a 2 letti, con tariffa riconosciuta da Sanitas.
- 5 Sono considerati privati i reparti degli ospedali per malattie acute che non utilizzano criteri distintivi o adottano criteri diversi da quelli sopra citati.

8 Estensione delle prestazioni

- 1 In caso di degenza in un ospedale degli elenchi LAMaI: le prestazioni della presente assicurazione vengono versate a complemento della relativa assicurazione base.
- 2 In caso di degenza in un ospedale fuori elenco: le prestazioni della presente assicurazione vengono versate a complemento dell'Assicurazione complementare Ospedali fuori elenco. Se questa assicurazione complementare non è stata stipulata, viene dedotta la parte dei costi che sarebbe stata rimborsata dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in caso di degenza in un ospedale in elenco LAMaI.
- 3 L'assicurazione copre i costi per vitto, alloggio, assistenza e cura nell'ospedale per casi acuti a seconda della copertura pattuita (reparto comune, semiprivato o privato).

9 Estensione delle prestazioni in caso di sottoassicurazione

- 1 Alle persone assicurate che beneficiano della copertura per il reparto semiprivato viene corrisposto, in caso di degenza nel reparto privato, il 75% delle prestazioni garantite dalla copertura per il reparto privato.
- 2 Agli assicurati che beneficiano della copertura per il reparto comune viene corrisposto, in caso di degenza nel reparto privato, il 20% delle prestazioni garantite dalla copertura per il reparto privato e, in caso di degenza nel reparto semiprivato, il 40% delle prestazioni della copertura per il reparto semiprivato.

10 Prestazioni all'estero

- 1 In caso di degenza stazionaria, necessaria dal punto di vista medico, in un ospedale per casi acuti o in una clinica psichiatrica all'estero, vengono rimborsati i costi per vitto, alloggio, assistenza e cura non coperti da altre assicurazioni.
- 2 Le prestazioni vengono corrisposte fino a quando l'assicurato non è in grado, da un punto di vista medico, di affrontare il viaggio di ritorno o di essere trasferito in un ospedale svizzero. L'assicurazione non copre i trasferimenti e i costi ospedalieri in un paese straniero diverso da quello in cui l'assicurato soggiorna.
- 3 Le prestazioni non vengono versate se la persona assicurata si reca all'estero per sottoporsi a cure o per partorire.
- 4 La persona assicurata deve fornire i dati medici necessari per il versamento delle prestazioni ed inoltrare le fatture originali dettagliate. Se l'assicurato non può presentare fatture dettagliate, le prestazioni vengono corrisposte tenendo conto del genere, della gravità e della durata della malattia o delle conseguenze dell'infortunio.

11 Prestazioni per convalescenze

- 1 Se, in seguito a malattia grave, infortunio, o a un intervento chirurgico, un soggiorno a scopo di stabilizzazione o di convalescenza si rende necessario per motivi di ordine medico e viene prescritto da un medico, vengono versati i seguenti importi giornalieri, per un massimo di 21 giorni per anno civile:
 - copertura assicurativa per il reparto comune: CHF 30.–
 - copertura assicurativa per il reparto semiprivato: CHF 50.–
 - copertura assicurativa per il reparto privato: CHF 70.–
- 2 La cura deve essere effettuata in Svizzera in uno stabilimento di cura riconosciuto da Sanitas. Un relativo elenco può essere inviato alle persone assicurate su richiesta.

12 Prestazioni per aiuti domiciliari

- 1 Se la persona assicurata è completamente inabile al lavoro e necessita di un aiuto domiciliare a causa del suo stato di salute e della sua situazione familiare, i costi (documentati e non coperti da altre assicurazioni) per un aiuto domiciliare, prescritto dal medico, vengono rimborsati in ragione dei seguenti importi giornalieri, per un massimo di 30 giorni per anno civile:
 - copertura assicurativa per il reparto comune: CHF 30.–
 - copertura assicurativa per il reparto semiprivato: CHF 50.–
 - copertura assicurativa per il reparto privato: CHF 70.–

- 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 le spese supplementari o la perdita di guadagno da essa derivanti.

Prestazioni dell'Assicurazione Ospedale Comfort

13 Varianti assicurative

A seconda di quanto convenuto, l'assicurazione copre la degenza in una camera a 1 letto (Ospedale Comfort 1) o a 2 letti (Ospedale Comfort 2).

14 Estensione delle prestazioni

- 1 In caso di degenza in un ospedale convenzionato che figura negli elenchi cantonali LAMal:
le prestazioni della presente assicurazione vengono versate a complemento della relativa assicurazione base.
- 2 In caso di degenza in un ospedale convenzionato che non figura negli elenchi LAMal:
le prestazioni della presente assicurazione vengono versate a complemento dell'Assicurazione complementare Ospedali fuori elenco. Se questa assicurazione complementare non è stata stipulata, viene dedotta la parte dei costi che sarebbe stata rimborsata dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in caso di degenza in un ospedale in elenco LAMal.
- 3 Sono assicurati i costi per la degenza e la cura in un ospedale convenzionato.
- 4 Le prestazioni vengono erogate solo se è necessario almeno un pernottamento in un ospedale convenzionato.

15 Estensione delle prestazioni in caso di sottoassicurazione

Agli assicurati che beneficiano della copertura Ospedale Comfort 2 viene rimborsato, in caso di ricovero in una camera Ospedale Comfort 1, soltanto i costi di una camera Ospedale Comfort 2.

Prestazioni dell'Assicurazione Medico privato

16 Medico privato

Si considerano privati i medici che svolgono la funzione di responsabile medico (primario, caposervizio/capoclinica, medico accreditato) in un ospedale convenzionato.

17 Estensione delle prestazioni

- 1 In caso di degenza in un ospedale convenzionato che figura negli elenchi cantonali LAMal:
le prestazioni della presente assicurazione vengono versate a complemento della relativa assicurazione base.
- 2 In caso di degenza in un ospedale convenzionato che non figura negli elenchi LAMal:
le prestazioni della presente assicurazione vengono versate a complemento dell'Assicurazione complementare Ospedali fuori elenco. Se questa assicurazione complementare non è stata stipulata, viene dedotta la parte dei costi che sarebbe stata rimborsata dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie in caso di degenza in un ospedale in elenco LAMal.
- 3 L'assicurazione copre i costi supplementari per le cure eseguite in un ospedale convenzionato (compresi gli esami, le operazioni e l'assistenza medica) da un medico privato liberamente scelto.
- 4 Le prestazioni di cui al precedente cpv. 3 vengono corrisposte anche in caso di cura semiospedaliera.

Prestazioni dell'Assicurazione Ospedali in elenco LAMal

18 Estensione delle prestazioni

- 1 Le prestazioni della presente assicurazione vengono versate a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
- 2 L'assicurazione copre le spese per la degenza, la cura e il trattamento nel reparto comune di un ospedale degli elenchi LAMal, in base alla tariffa riconosciuta da Sanitas.

19 Estensione delle prestazioni in caso di sottoassicurazione

In caso di degenza nel reparto privato o semiprivato, vengono rimborsati solo i costi per il reparto comune a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

Prestazioni dell'Assicurazione Ospedali fuori elenco LAMal

20 Estensione delle prestazioni

L'assicurazione copre i costi per vitto, alloggio, assistenza e cura in base alle tariffe riconosciute da Sanitas, o secondo tariffe analoghe, in un ospedale che non figura sugli elenchi cantonali. Le prestazioni vengono versate soltanto a condizione che la persona assicurata abbia in corso presso Sanitas un'assicurazione complementare per il reparto comune, semiprivato o privato oppure l'Assicurazione Ospedali degli elenchi LAMal. Per quanto concerne il comfort per il vitto, l'alloggio, l'assistenza e la cura, vengono versate prestazioni analoghe all'altra assicurazione ospedaliera.

Disposizioni comuni sulla copertura assicurativa

21 Durata delle prestazioni

- 1 Le prestazioni vengono corrisposte per un periodo illimitato, ma soltanto finché sussiste la necessità della degenza in un ospedale per malattie acute, in considerazione della diagnosi e dell'insieme delle cure mediche.
- 2 In caso di ricovero in una clinica psichiatrica, le prestazioni assicurate vengono corrisposte finché il soggiorno è ritenuto necessario dal punto di vista medico e il quadro clinico del paziente non è da considerare cronico, al massimo però per 90 giorni nel corso di un anno civile.

22 Protezione assicurativa per neonati sani

I costi ospedalieri non coperti per il neonato sano, assicurato presso Sanitas dalla nascita, vengono rimborsati dall'assicurazione ospedaliera della madre.

23 Secondo parere medico

Prima di un intervento chirurgico la persona assicurata può rivolgersi al medico consulente di Sanitas, affinché questi o un altro medico accerti l'effettiva necessità dell'operazione («secondo parere medico»). I costi di tale consulenza sono a carico di Sanitas.

24 Esclusioni di prestazioni

In aggiunta alle esclusioni previste nelle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) della linea di prodotti Wincare per le assicurazioni complementari secondo LCA, le presenti assicurazioni complementari non rimborsano:

- le cure dentarie che non rientrano nelle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
- i costi in caso di degenza in un istituto che non è considerato ospedale per malattie acute o che non è adatto, dal punto di vista medico o economico, a fornire l'assistenza e la cura del caso;
- i costi in caso di trapianti di midollo osseo e di organi, per i quali la Federazione svizzera per compiti comunitari delle casse malati (SKV) ha concordato tariffe forfettarie a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, indipendentemente dall'ospedale in cui viene effettuato il trapianto.
- l'Assicurazione Ospedale Comfort non rimborsa le cure eseguite da medici nell'ambito di una degenza in ospedale;
- l'Assicurazione Medico privato non rimborsa i costi per il vitto, l'alloggio, i trasporti e neppure le prestazioni in forma di cure e le prestazioni di carattere tecnico.

Franchigia opzionale

25 Franchigia annua opzionale

- 1 A chi ha stipulato la copertura per il reparto semiprivato o privato oppure le assicurazioni Ospedale Comfort o Medico privato viene offerta, in cambio di un'adeguata riduzione del premio, la possibilità di assumersi i costi a carico di queste assicurazioni complementari fino a un determinato importo per anno civile (franchigia). La franchigia pattuita è indicata nella polizza.
- 2 Per il passaggio a una franchigia più bassa è necessario seguire una nuova procedura di ammissione mediante la proposta di assicurazione. Il passaggio è possibile per la prima volta dopo una durata dell'assicurazione di 3 anni, per l'inizio di un anno civile, rispettando un termine di preavviso di 3 mesi.
- 3 Se l'assicurazione con franchigia opzionale è durata meno di un intero anno civile, la franchigia viene applicata in proporzione.
- 4 In caso di breve degenza ospedaliera che si protrae oltre la fine dell'anno, la franchigia convenuta viene applicata una sola volta. Si considerano brevi le degenze di durata non superiore a 30 giorni.

Linea di prodotti Wincare

Assicurazioni ospedaliere in caso d'infortunio

Assicurazioni complementari per cure stazionarie in caso di infortunio

Condizioni Complementari (CC)

Edizione gennaio 2017 (versione 2017)

Ente assicurativo: Sanitas Assicurazioni private SA

Informazioni generali

1 Oggetto dell'assicurazione

Le presenti Condizioni Complementari (CC) si applicano alla copertura in caso d'infortunio dell'assicurazione per il reparto semiprivato o privato in tutti gli ospedali della Svizzera (ospedali degli elenchi LAMal e ospedali fuori elenco LAMal).

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.

Definizioni

Ospedali per casi acuti

- 1 Quali ospedali per malattie acute si intendono gli istituti di cura o i relativi reparti, diretti e sorvegliati da medici, nei quali vengono eseguite, in degenza, cure per conseguenze di infortuni o trattamenti di riabilitazione. Gli ospedali per casi acuti devono garantire un'assistenza medica sufficiente, disporre di personale specializzato e dell'infrastruttura medica idonea, assicurare un'adeguata fornitura di farmaci. Si considerano ospedali per casi acuti anche le cliniche psichiatriche e quelle di riabilitazione.
- 2 Non sono considerati ospedali per casi acuti: le case di cura, le case per anziani, le case di cura per malati cronici o per pazienti terminali ed altri istituti che non curano pazienti affetti da malattie acute.

Prestazioni

4 Varianti assicurative

- 1 A seconda di quanto convenuto, l'assicurazione copre la degenza nel reparto semiprivato o privato.
- 2 Per reparto semiprivato si intende una camera a 2 o eccezionalmente a più letti, con tariffa riconosciuta da Sanitas.
- 3 Per reparto privato si intende una camera ad 1 o eccezionalmente a 2 letti, con tariffa riconosciuta da Sanitas.
- 4 Sono considerati privati i reparti degli ospedali per malattie acute che non utilizzano criteri distintivi o adottano criteri diversi da quelli sopra citati.

5 Estensione delle prestazioni

- 1 L'assicurazione copre i costi per vitto, alloggio, assistenza e cura sostenuti in caso d'infortunio nel reparto semiprivato o privato di un ospedale per casi acuti (ospedali degli elenchi LAMal e ospedali fuori elenco LAMal), in base alla tariffa riconosciuta da Sanitas.
- 2 Le prestazioni della presente assicurazione vengono erogate a complemento di quelle dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), e a complemento dell'Assicurazione obbligatoria infortuni, secondo la Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF).

6 Estensione delle prestazioni in caso di sottoassicurazione

Alle persone assicurate che beneficiano della copertura per il reparto semiprivato viene corrisposto, in caso di degenza nel reparto privato, il 75 % delle prestazioni garantite dalla copertura per il reparto privato.

7 Prestazioni all'estero

- 1 In caso di degenza stazionaria, necessaria dal punto di vista medico, in un ospedale per casi acuti o in una clinica psichiatrica all'estero, vengono rimborsati i costi per vitto, alloggio, assistenza e cura non coperti da altre assicurazioni.
- 2 Le prestazioni vengono corrisposte fino a quando l'assicurato non è in grado, da un punto di vista medico, di affrontare il viaggio di ritorno o di essere trasferito in un ospedale svizzero. L'assicurazione non copre i trasferimenti e i costi ospedalieri in un paese straniero diverso da quello in cui l'assicurato soggiorna.
- 3 Le prestazioni non vengono versate se la persona assicurata si reca all'estero per sottoporsi a cure.
- 4 La persona assicurata deve fornire i dati medici necessari per il versamento delle prestazioni ed inoltrare le fatture originali dettagliate. Se non è in grado di presentare fatture dettagliate, le prestazioni vengono corrisposte tenendo conto del genere, della gravità e della durata delle conseguenze dell'infortunio.

8 Prestazioni per convalescenze

- 1 Se, in seguito a grave infortunio, un soggiorno a scopo di stabilizzazione o di convalescenza si rende necessario per motivi di ordine medico e viene prescritto da un medico, vengono versati i seguenti importi giornalieri, per un massimo di 21 giorni per anno civile:
 - copertura assicurativa per il reparto semiprivato: CHF 50.–
 - copertura assicurativa per il reparto privato: CHF 70.–
- 2 La cura deve essere effettuata in Svizzera in uno stabilimento di cura riconosciuto da Sanitas. Un relativo elenco può essere inviato alle persone assicurate su richiesta.

9 Prestazioni per aiuti domiciliari

- 1 Se la persona assicurata è completamente inabile al lavoro e necessita di un aiuto domiciliare a causa del suo stato di salute e della sua situazione familiare, i costi (documentati e non coperti da altre assicurazioni) per un aiuto domiciliare, prescritto dal medico, vengono rimborsati in ragione dei seguenti importi giornalieri, per un massimo di 30 giorni per anno civile:
 - copertura assicurativa per il reparto semiprivato: CHF 50.–
 - copertura assicurativa per il reparto privato: CHF 70.–
- 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.

10 Durata delle prestazioni

- 1 Le prestazioni vengono corrisposte per un periodo illimitato, ma soltanto finché sussiste la necessità della degenza in un ospedale per casi acuti, in considerazione della diagnosi e dell'insieme delle cure mediche.
- 2 In caso di ricovero in una clinica psichiatrica, le prestazioni assicurate vengono corrisposte finché il soggiorno è ritenuto necessario dal punto di vista medico, al massimo però per 90 giorni nel corso di un anno civile.

11 Secondo parere medico

Prima di un intervento chirurgico la persona assicurata può rivolgersi al medico consulente di Sanitas, affinché questi o un altro medico accerti l'effettiva necessità dell'operazione («secondo parere medico»). I costi di tale consulenza sono a carico di Sanitas.

12 Esclusioni di prestazioni

In aggiunta al punto 25 delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) della linea di prodotti Wincare per le assicurazioni complementari secondo LCA, le presenti assicurazioni complementari non rimborsano:

- i costi in caso di degenza in un istituto che non è considerato ospedale per casi acuti o che non è adatto, dal punto di vista medico o economico, a fornire l'assistenza e la cura del caso;
- i costi in caso di trapianti di organi, per i quali la Federazione svizzera per compiti comunitari delle casse malati (SKV) ha concordato tariffe forfetarie a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, indipendentemente dall'ospedale in cui viene effettuato il trapianto.