

Condizioni Complementari (CC)

Jump

Assicurazione complementare per le cure ambulatoriali

Edizione gennaio 2004
versione 2021

Scopo e basi legali

Da Jump vengono pagati i costi di cure ambulatoriali conformemente alle 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.

Il rischio infortuni non può essere escluso.

Le presenti Condizioni Complementari si basano sulle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per le assicurazioni complementari secondo LCA, edizione gennaio 2004.

Prestazioni

1 Cure mediche nella Svizzera intera

Questo articolo è stato eliminato.

Ai sensi dell'art. 41 dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal, dall'1° gennaio 2018 i costi per le cure ambulatoriali al di fuori del luogo di domicilio o di lavoro dell'assicurato calcolati secondo la tariffa applicata dal rispettivo fornitore di prestazioni sono obbligatoriamente a carico dell'assicurazione base.

2 Cure ambulatoriali per urgenze all'estero

Per urgenze all'estero è assicurato il 90% dei costi di cura durante al massimo 180 giorni. La copertura assicurativa si estende a cure ambulatoriali dispensate da medici e a cure ambulatoriali su prescrizione medica.

3 Medicina alternativa

1 È assicurato l'80% dei costi, al massimo CHF 1'500.- per anno civile, di cure dispensate secondo i metodi terapeutici della medicina complementare da:

- medici
- armacisti con rispettiva formazione supplementare
- naturopati con autorizzazione cantonale
- persone praticanti terapie naturali NVS (membri a pieno titolo).

2 Le prestazioni vengono erogate nella misura menzionata anche per altri terapisti con rispettiva formazione supplementare, purché le cure vengano dispensate su prescrizione medica.

4 Medicinali

- 1 È assicurato il 90% dei costi dei medicinali non obbligatori e prescritti da un medico, purché il rispettivo medicinale sia registrato presso Swissmedic (Istituto svizzero per gli agenti terapeutici) per l'indicazione in questione.
- 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.
- 3 I medicinali della medicina alternativa assicurati secondo la cifra 3, non sono assicurati.

5 Maternità

È assicurato l'80% dei costi, complessivamente al massimo CHF 500.- per anno civile, delle 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.

6 Prevenzione e promozione della salute

È assicurato l'80% dei costi, al massimo CHF 500.- per anno civile, delle seguenti misure preventive:

- vaccinazioni
- check-up (compreso 1 test HIV per anno civile)
- esami ginecologici preventivi (compresa 1 mammografia per anno civile)
- disassuefazione da tabacco, su prescrizione medica.

Sanitas partecipa ai costi per altre misure volte alla promozione della salute. Queste misure nonché i fornitori di prestazioni riconosciuti da Sanitas sono riportati in un elenco insieme ai relativi contributi ai costi. Sanitas si riserva il diritto di adeguare tale elenco. L'adeguamento dell'elenco non comporta alcun diritto di disdetta.

7 Occhiali da vista o lenti a contatto

Per occhiali (montatura inclusa) o per lenti a contatto necessarie per la correzione della vista sono assicurati nel mondo intero al massimo CHF 200.- ogni tre anni civili.

8 Cure dentarie

Per cure dentarie sono assicurate le seguenti prestazioni:

- al massimo CHF 100.- per l'estrazione di ogni dente del giudizio
- i medicinali prescritti da un medico dentista.

9 Interventi di chirurgia estetica

1 È assicurato l'80% dei costi dei seguenti interventi di chirurgia estetica, purché esista una prescrizione medica:

- operazioni al seno
- correzioni di cicatrici
- correzioni di orecchie sporgenti.

2 Le cure ambulatoriali vengono prese a carico secondo la tariffa LAMal.

3 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 in cui il datore di lavoro ha la sua sede.

10 Costi di viaggio e di trasporto

Complessivamente vengono pagati al massimo CHF 1'000.- per anno civile per

- i costi di viaggio per sottoporsi a sedute di radioterapia, chemioterapia o emodialisi fuori domicilio. Vengono presi a carico al massimo i costi del mezzo di trasporto pubblico (biglietto di 2a classe);
- i trasporti d'urgenza fino al medico o all'ospedale più vicino e idoneo per la cura, nonché i trasferimenti effettuati con l'ambulanza e necessari per motivi d'ordine medico.

11 Prestazioni per degenze ospedaliere

- 1 La seguente copertura assicurativa è valida solo se la data d'inizio di Jump è antecedente al 1° gennaio 2004 e fintanto che Hospital Standard è assicurato.
- 2 Sulla base delle Condizioni Complementari di Hospital Standard, per degenze nel reparto semiprivato o privato di un ospedale per casi acuti vengono pagati al massimo CHF 50.- al giorno per costi di vitto, alloggio e assistenza, nonché CHF 2'000.- per anno civile per i costi di cura. Queste prestazioni sono limitate a degenze in ospedali figuranti negli elenchi che i Cantoni allestiscono, classificandoli in categorie in base ai mandati di prestazioni o che gestiscono un reparto comune convenzionato.

Varie

12 Bonus Jump

1 Sanitas accorda un bonus di CHF 50.- a tutti gli assicurati che, oltre a Jump, hanno stipulato anche l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie presso Sanitas e che in ambedue le assicurazioni non hanno percepito prestazioni durante un periodo d'osservazione di 12 mesi.

2 Il periodo d'osservazione dura dal 1° settembre di un anno al 31 agosto di quello successivo. Vengono considerate le prestazioni percepite da Jump e dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nell'arco di tale periodo. Determinante è la data del conteggio delle prestazioni di Sanitas.

13 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.

14 Passaggio automatico a Classic

- 1 Jump spira il 31 dicembre dell'anno il cui la persona assicurata compie il 35° anno d'età. Il passaggio automatico all'assicurazione complementare Classic avviene per il 1° gennaio dell'anno successivo.
- 2 Secondo la cifra 14 delle Condizioni generali d'assicurazione, le riserve esistenti vengono mantenute invariate.

15 Passaggio anticipato a Classic o Family

- 1 Un passaggio anticipato alle assicurazioni complementari Classic o, purché siano adempite le rispettive condizioni, a Family è possibile per il 1° gennaio di un anno e senza nuovo esame del rischio.
- 2 Secondo la cifra 14 delle Condizioni generali d'assicurazione, le riserve esistenti vengono mantenute invariate.

