

Condizioni complementari (CC)

Vital

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

Edizione gennaio 2024 (versione 2024)

Ente assicurativo: Sanitas Assicurazioni private SA con sede a Zurigo

1 Scopo e basi

Il prodotto di assicurazione complementare Vital contribuisce ai costi delle prestazioni ambulatoriali nell'ambito delle seguenti disposizioni, se e nella misura in cui non sono coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e dalle altre assicurazioni sociali, purché motivate dal punto di vista medico.

Sono assicurate le conseguenze economiche di malattia, maternità e infortunio.

Tramite Sanitas Assistance, inoltre, sono assicurate prestazioni di servizio in caso di malattia e infortunio all'estero. Le condizioni di Sanitas Assistance sono parte integrante delle presenti Condizioni complementari (CC) e si trovano nell'allegato 1.

Le presenti CC si basano sulle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per le assicurazioni complementari secondo LCA. Queste sono applicabili se le presenti CC non prevedono una regolamentazione derogatoria.

2 Definizione e utilizzo dei termini

1 Elenchi gestiti da Sanitas

Sanitas gestisce i seguenti elenchi che sono parte integrante delle presenti CC e la cui versione attualmente valida è pubblicata sui canali digitali di Sanitas (ad es. sanitas.com) o può essere richiesta a Sanitas.

- Preparati non assicurati
- Mezzi e apparecchi
- Prevenzione
- Metodi terapeutici riconosciuti e requisiti per i fornitori di prestazioni (medicina alternativa)
- Misure volte alla promozione della salute
- Altre forme di cura, offerte terapeutiche e diagnostiche
- Prestazioni parentali

È determinante la versione dell'elenco valida al momento dell'inizio della cura. Sanitas si riserva il diritto di modificare questi elenchi unilateralmente in qualsiasi momento. Un loro adeguamento non autorizza la persona contraente a disdire il contratto d'assicurazione.

2 Familiari

Sono considerati familiari ai sensi delle presenti CC coniugi o partner registrati/e, i propri genitori o i propri figli e fratelli.

3 Ospedali per casi acuti

Sono considerati ospedali per casi acuti gli stabilimenti di cura e le cliniche dirette e sorvegliate da medici, che accolgono esclusivamente persone infortunate o affette da malattie acute, nonché cliniche psichiatriche, cliniche di ostetricia, case maternità e cliniche per la riabilitazione. Non sono considerati ospedali per casi acuti le case di cura termali, le case di riposo per anziani, le case di cura, i cronici, gli ospizi per malati terminali e altri istituti non previsti per la cura di persone affette da malattie acute.

4 Lista dei preparati farmaceutici con applicazione particolare (LPFA)

La LPFA è una lista dei preparati di determinati gruppi terapeutici, omologati dalle autorità in Svizzera, che non hanno esclusivamente scopo curativo. Tra questi vi sono tra l'altro preparati lifestyle e comfort che vengono applicati a scopo profilattico.

5 Elenco delle specialità (ES) e limitazione a punti

L'ES comprende i preparati originali e i generici più convenienti con i relativi prezzi che vengono rimborsati dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS). L'ammissione nell'ES presuppone l'omologazione del preparato da parte dell'autorità svizzera competente. I medicinali elencati nell'ES devono essere rimborsati dagli assicuratori malattia, a condizione che siano registrati per la rispettiva indicazione medica. L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) definisce per tutti i preparati dei prezzi massimi ed eventuali ulteriori limitazioni.

Una di queste è la limitazione a punti che limita la quantità di un preparato rimborsabile per trimestre. In questi casi l'assunzione massima dei costi da parte dell'AOMS si basa sulle limitazioni a punti definite.

6 Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp)

L'EMAp contiene i mezzi e gli apparecchi, che sono utilizzati dalla persona assicurata da sola o con l'aiuto di una persona non professionista che collabora alla diagnosi e alla cura o, nell'ambito delle cure, conformemente all'articolo 25a LAMal, i cui costi sono assunti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS).

3 Livelli d'assicurazione

Il prodotto Vital può essere stipulato nei livelli d'assicurazione Basic, Smart o Premium. Con l'aumento del livello d'assicurazione, cresce anche l'estensione delle prestazioni.

Per quanto riguarda le prestazioni della medicina alternativa (cifra 6 capoverso 8 CC) e per la promozione della salute (cifra 6 capoverso 9 CC), il livello d'assicurazione Smart viene suddiviso in due opzioni con importi assicurati diversi.

Queste opzioni per le prestazioni della medicina alternativa e per la promozione della salute possono essere selezionate indipendentemente l'una dall'altra al momento di una nuova stipulazione o della modifica di un'assicurazione esistente.

4 Inizio dell'assicurazione durante l'anno per prevenzione, medicina alternativa e promozione della salute

In caso di inizio dell'assicurazione durante l'anno civile, il diritto massimo a prestazioni di prevenzione (cifra 6 capoverso 7 CC), medicina alternativa (cifra 6 capoverso 8 CC) e promozione della salute (cifra 6 capoverso 9 CC) viene calcolato pro rata in base al numero di mesi assicurati.

5 Possibilità e momento del passaggio

1 Possibilità di passaggio

Esiste la possibilità di modificare i livelli d'assicurazione Basic, Smart, Premium o le opzioni all'interno del livello d'assicurazione Smart. In caso di aumento (da Basic a Smart, da Basic a Premium o da Smart a Premium e se si sceglie un'opzione più alta in Smart), è necessario un esame del rischio. Per una riduzione non è necessario un esame del rischio.

2 Momento del passaggio

La modifica è possibile sempre per il 1° del mese. La proposta di modifica deve pervenire a Sanitas entro al più tardi il giorno precedente la data d'inizio richiesta della modifica (ultimo giorno del mese precedente).

In caso di modifica del livello d'assicurazione o dell'opzione all'interno del livello d'assicurazione Smart durante l'anno, vengono computate le prestazioni assicurate pagate fino al passaggio.

6 Prestazioni assicurate

L'estensione delle prestazioni del livello d'assicurazione stipulato, o dell'opzione scelta è

- disciplinata nei seguenti elenchi insieme all'estensione del rimborso con le rispettive tabelle e
- gli elenchi associati.

1 Trasporti d'urgenza e misure di salvataggio, operazioni di ricerca e di recupero in Svizzera

Sono assicurate le seguenti prestazioni:

- i costi per trasporti d'urgenza e salvataggi, nonché per misure associate fino al medico, alla medica o all'ospedale più vicino e idoneo alla cura, a condizione che sia stata erogata una prestazione obbligatoria dall'AOMS o che l'importo massimo annuo per trasporti o salvataggi dell'AOMS sia già stato raggiunto e per questo motivo non sia possibile alcun rimborso da questo;
- i costi per la ricerca di persone affette da una malattia acuta o infortunate;
- i costi per il recupero di una persona deceduta.

Vital, livello d'assicurazione Basic, Smart e Premium

100% dei costi dei trasporti d'urgenza e dei salvataggi

100% dei costi, max CHF 50 000.– per evento, per la ricerca e il recupero

2 Cure d'urgenza all'estero

In caso di malattia o infortunio all'estero, i costi delle cure d'urgenza per casi acuti, riconosciute scientificamente a adeguate, vengono assunti per al massimo 180 giorni, dopo la presa a carico da parte delle assicurazioni sociali, se il rimpatrio in Svizzera non è appropriato. L'appropriatezza del rimpatrio in Svizzera sarà valutata caso per caso dal medico o dalla medica curante incaricati.

Prima di una cura medica, in particolare prima di un ricovero in ospedale e a condizione che non vi sia un pericolo imminente, va subito contattata Sanitas Assistance, che coordina e organizza la cura e concede la garanzia di copertura dei costi.

Se Sanitas Assistance non viene informata o se non lo si fa per tempo, non viene assunto alcun costo. Questa conseguenza non si applica se la violazione degli obblighi è da considerarsi non colposa secondo le circostanze ai sensi dell'art. 45 LCA o se la persona assicurata dimostra che la violazione non ha influito in alcun modo sul verificarsi dell'evento temuto e sull'entità della prestazione dovuta da Sanitas. Se il termine non viene rispettato per motivi non imputabili alla persona assicurata, questa ha diritto a comunicare quanto omesso non appena l'impedimento viene a mancare.

A deroga della cifra 2 capoverso 1 delle CGA, il rischio di maternità non è assicurato, a eccezione di complicazioni gravi fino alla 27ª settimana di gravidanza. Come complicazione grave durante la gravidanza ai sensi delle presenti CC, è considerata una nuova situazione verificatasi inaspettatamente all'estero che rappresenta un grave pericolo per la salute del feto o della madre.

Vital, livello d'assicurazione Basic, Smart e Premium

100% dei costi per le cure ambulatoriali dispensate da medici o mediche o effettuate su prescrizione medica durante al massimo 180 giorni

100% dei costi per medicinali che vengono prescritti da medici o mediche nell'ambito delle loro cure durante al massimo 180 giorni

100% dei costi per degenza, assistenza e cura nel reparto stazionario di un ospedale per casi acuti durante al massimo 180 giorni

Inoltre, sono assicurate prestazioni di servizio tramite Sanitas Assistance secondo l'allegato 1.

3 Medicinali e preparati

Su prescrizione medica, con omologazione da parte dell'autorità in Svizzera e registrazione per la specifica indicazione medica sono assicurati:

- medicinali e preparati che non figurano né nella LPFA né nell'ES;
- medicinali e preparati riportati nell'ES con limitazione a punti. È assicurato l'importo che eccede la limitazione a punti.

I medicinali e i preparati riportati nell'elenco «Preparati non assicurati» non sono assicurati.

Vital, livello d'assicurazione Basic, Smart e Premium

90% dei costi

Per ogni preparato vengono rimborsati fino a max CHF 50 000.– nell'arco di un anno dall'inizio della terapia.

In caso di chiari indizi di abuso di medicinali, Sanitas può limitare o rifiutare il rimborso.

4 Mezzi e apparecchi

Sono assicurati i costi dei seguenti mezzi e apparecchi su prescrizione medica che servono per un esame o una cura:

- mezzi e apparecchi secondo EMAP;
- mezzi e apparecchi secondo l'elenco «Mezzi e apparecchi». Se si devono considerare intervalli di tempo in caso di richiesta ripetuta di un mezzo o di un apparecchio, questo è riportato sull'elenco. Sanitas non può modificare tali intervalli. Inoltre, per le prestazioni già inserite nell'elenco non è possibile aggiungere nuovi intervalli.

Per i mezzi ausiliari elencati nell'EMAp è assicurato l'importo che supera le prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal. Gli importi che superano le limitazioni della quantità non sono invece assicurati.

Vital, livello d'assicurazione Basic, Smart e Premium

90% dei costi, max CHF 1000.– per anno civile

5 Mezzi ausiliari per la vista e chirurgia refrattiva

Sanitas si fa carico dei costi per lenti per occhiali graduate con montatura, per lenti a contatto utilizzate come mezzi ausiliari per la vista, nonché per le prestazioni della chirurgia refrattiva per migliorare la capacità visiva.

Vital, livello d'assicurazione Basic e Smart

100% dei costi, max CHF 300.– nell'arco di 3 anni civili

Vital, livello d'assicurazione Premium

100% costi, max CHF 600.– nell'arco di 3 anni civili

A deroga della cifra 5 delle CGA, la protezione assicurativa per mezzi ausiliari per la vista e la chirurgia refrattiva si applica alla Svizzera e ai Paesi confinanti (Germania, Francia, Principato del Liechtenstein, Italia, Austria).

6 Ortodonzia

Sono assicurate le cure di ortodonzia e di chirurgia mascellare (incl. i medicinali necessari) fino alla fine dell'anno civile in cui si compiono 20 anni.

La condizione per l'assunzione dei costi di cure di ortodonzia e di chirurgia mascellare è che queste vengano eseguite da un medico o una medica specialista con una formazione in ortodonzia.

Non sono assicurati i costi delle estrazioni di denti.

Vital, livello d'assicurazione Basic

50% dei costi, max CHF 10 000.– per anno civile

Vital, livello d'assicurazione Smart

50% dei costi

Vital, livello d'assicurazione Premium

80% dei costi

A deroga della cifra 5 delle CGA, la protezione assicurativa per ortodonzia si applica alla Svizzera e ai Paesi confinanti (Germania, Francia, Principato del Liechtenstein, Italia, Austria).

I costi delle cure all'estero vengono presi a carico al massimo nella misura dei costi delle cure equivalenti in Svizzera.

7 Prevenzione

Sono assicurate le seguenti misure preventive eseguite da personale medico per la diagnosi precoce di malattie e per la prevenzione.

Vital, livello d'assicurazione

Basic

Vaccinazioni e consulenze per le vaccinazioni assicurato

Esami ginecologici preventivi assicurato

Check-up medici non assicurato

Esami per l'individuazione precoce del cancro non assicurato

Test autodiagnostici non assicurato

Vital, livello d'assicurazione

Smart

Vaccinazioni e consulenze per le vaccinazioni assicurato

Esami ginecologici preventivi assicurato

Check-up medici assicurato

Esami per l'individuazione precoce del cancro assicurato

Test autodiagnostici non assicurato

Vital, livello d'assicurazione

Premium

Vaccinazioni e consulenze per le vaccinazioni assicurato

Esami ginecologici preventivi assicurato

Check-up medici assicurato

Esami per l'individuazione precoce del cancro assicurato

Test autodiagnostici assicurato

Nell'Elenco delle misure preventive figurano i check-up medici e i test autodiagnostici assicurati nonché altre prestazioni di prevenzione assicurate. Se si devono considerare intervalli di tempo in caso di richiesta ripetuta di una misura di prevenzione, questo è riportato sull'elenco. Sanitas non può modificare tali intervalli. Inoltre, per le prestazioni già inserite nell'elenco non è possibile aggiungere nuovi intervalli.

Vital, livello d'assicurazione Basic

80% dei costi, max CHF 500.– per anno civile

Vital, livello d'assicurazione Smart

80% dei costi, max CHF 1000.– per anno civile

Vital, livello d'assicurazione Premium

80% dei costi, max CHF 1500.– per anno civile

8 Medicina alternativa

Le prestazioni della medicina alternativa per esami, terapie e rimedi necessari dal punto di vista medico sono assicurate, a condizione che il fornitore di prestazioni scelto, il metodo terapeutico applicato e i rimedi somministrati siano riconosciuti da Sanitas. Le prestazioni della medicina alternativa stazionarie non sono assicurate.

Sull'Elenco dei metodi terapeutici riconosciuti e dei requisiti dei fornitori di prestazioni figurano i metodi terapeutici e i rimedi riconosciuti nonché i requisiti per i fornitori di prestazioni.

Vital, livello d'assicurazione Basic

Non assicurato

Vital, livello d'assicurazione Smart

Opzione 1: 80% dei costi, max CHF 2500.– per anno civile (di cui max CHF 250.– per i metodi di massaggio terapeutico contrassegnati sull'elenco)

Opzione 2: 80% dei costi, max CHF 5000.– per anno civile (di cui max CHF 500.– per i metodi di massaggio terapeutico contrassegnati sull'elenco)

Vital, livello d'assicurazione Premium

80% dei costi, max CHF 10 000.– per anno civile (di cui max CHF 750.– per i metodi di massaggio terapeutico contrassegnati sull'elenco)

9 Promozione della salute

Sono assicurate misure in entrambi i settori «movimento» e «ulteriori misure di promozione della salute».

Nel settore del «movimento» sono assicurate le seguenti prestazioni secondo l'Elenco delle misure di promozione della salute:

- contributi per un abbonamento fitness presso offerenti certificati;
- contributi per corsi di movimento presso offerenti certificati.

Nel settore delle ulteriori misure di promozione della salute sono assicurate le seguenti prestazioni secondo l'Elenco delle misure di promozione della salute:

- contributi a corsi, programmi o analisi riguardanti l'alimentazione, l'equilibrio mentale o altri temi riguardanti la promozione della salute;
- corsi o programmi per la disassuefazione da alcol o tabacco/nicotina ogni 3 anni civili;
- corso di primo soccorso ogni 3 anni civili.

Nell'Elenco delle misure di promozione della salute figurano precisazioni (ad es. tipi di corsi) per le prestazioni assicurate. Se si devono considerare intervalli di tempo in caso di richiesta ripetuta di una misura di promozione della salute, questo è riportato sull'elenco. Sanitas non può modificare tali intervalli. Inoltre, per le prestazioni già inserite nell'elenco non è possibile aggiungere nuovi intervalli.

Vital, livello d'assicurazione Basic

Non assicurato

Vital, livello d'assicurazione Smart

Opzione 1: 50% dei costi, max CHF 200.– per settore; complessivamente max CHF 400.– per anno civile

Opzione 2: 50% costi, max CHF 300.– per settore; complessivamente max CHF 600.– per anno civile

Vital, livello d'assicurazione Premium

80% dei costi, max CHF 400.– per settore; complessivamente max CHF 800.– per anno civile

10 Altre forme di cura, offerte terapeutiche e diagnostiche

Sono assicurate le seguenti prestazioni per altre forme di cura, offerte terapeutiche e diagnostiche.

Vital, livello d'assicurazione	Basic	Smart	Premium
Psicoterapia non medica	non assicurato	assicurato	assicurato
Sterilizzazione / vasectomia	non assicurato	assicurato	assicurato
Interventi di chirurgia estetica: – correzione di orecchie sporgenti – correzione di cicatrici incl. laserterapia – riduzione del seno	non assicurato	assicurato	assicurato
Podologia	non assicurato	assicurato	assicurato
Ippoterapia	non assicurato	assicurato	assicurato
Terapia mediante onde d'urto per le seguenti diagnosi: – calcificazione della spalla (tendinite calcifica) – tendinite plantare, sperone del calcagno (fascite plantare) – entesopatia del tendine d'Achille (achillodinia)	non assicurato	assicurato	assicurato
Test genetici ogni 5 anni per caso, per l'individuazione precoce dei rischi di sviluppo di determinate malattie, su prescrizione di mediche e medici riconosciuti in Svizzera che dispongono di un titolo di specializzazione in genetica medica o un titolo di specializzazione federale nel settore professionale più vicino alla malattia esaminata	non assicurato	non assicurato	assicurato
Misure diagnostiche e terapeutiche nonché cure innovative	non assicurato	non assicurato	assicurato

Nell'Elenco di altre forme di cura, offerte terapeutiche e diagnostiche figurano le precisazioni (ad es. test genetici assicurati) per le misure assicurate. Se si devono considerare intervalli di tempo in caso di richiesta ripetuta di una prestazione, questo è riportato sull'elenco. Sanitas non può modificare tali intervalli. Inoltre, per le prestazioni già inserite nell'elenco non è possibile aggiungere nuovi intervalli.

Vital, livello d'assicurazione Basic

Non assicurato

Vital, livello d'assicurazione Smart

80% dei costi, max CHF 1000.– per anno civile

Vital, livello d'assicurazione Premium

80% dei costi, max CHF 5000.– per anno civile

11 Prestazioni parentali

Sono assicurate misure per la promozione della salute fisica e mentale di famiglie negli ambiti gravidanza, parto e prestazioni parentali. Il diritto a prestazioni parentali inizia 9 mesi dopo la ricezione della proposta da parte di Sanitas.

Vengono rimborsate le prestazioni per:

- ecografia ed esami di controllo: un'ecografia e un esame di controllo per gravidanza (eseguito da un medico, da una medica o da una levatrice);
- ginnastica preparto;
- corsi di preparazione al parto;
- corsi postparto;
- sostituti del latte in caso di intolleranza al latte materno (al massimo nei primi 2 anni di vita);
- corso di nuoto per bambini (nei primi 12 mesi di vita);
- ginnastica per genitori e figli;
- altri corsi, formazioni e programmi negli ambiti gravidanza, parto e prestazioni parentali.

Nell'Elenco delle prestazioni parentali figurano precisazioni (ad es. altri corsi assicurati) per le prestazioni assicurate. Se si devono considerare intervalli di tempo in caso di richiesta di una prestazione parentale, questo è riportato sull'elenco. Sanitas non può modificare tali intervalli. Inoltre, per le prestazioni già inserite nell'elenco non è possibile aggiungere nuovi intervalli.

Vital, livello d'assicurazione Basic

Non assicurato

Vital, livelli d'assicurazione Smart e Premium

80% dei costi, max CHF 1000.– per anno civile

Per il congedo non retribuito preso da un genitore per occuparsi del bambino nato dall'altro genitore vengono versate su richiesta le prestazioni d'indennità giornaliera. Le condizioni per il versamento delle prestazioni d'indennità giornaliera sono:

- stipulazione prenatale del livello d'assicurazione Premium per il bambino (oltre al livello d'assicurazione Premium del genitore che percepisce prestazioni d'indennità giornaliera);
- congedo non retribuito preso nei primi 6 mesi dopo il parto.

Su richiesta vengono versate indennità giornaliera anche per il congedo non retribuito preso da un genitore adottivo per occuparsi del bambino da adottare. Le condizioni per il versamento delle prestazioni d'indennità giornaliera sono:

- congedo non retribuito preso nei primi 12 mesi dopo l'accoglimento del bambino da adottare nell'economia domestica in Svizzera;
- diritto al congedo di adozione legale.

In caso di adozione congiunta, se entrambi i genitori adottivi hanno il livello d'assicurazione Premium il diritto all'indennità giornaliera riportato non è cumulabile. In questo caso, tuttavia, le indennità giornaliera possono essere divise proporzionalmente tra i due genitori adottivi.

Vital, livello d'assicurazione Basic e Smart

Non assicurato

Vital, livello d'assicurazione Premium

Prestazioni per parto naturale dell'altro genitore: CHF 200.– per giorno di congedo non retribuito, max CHF 1000.– per parto (anche in caso di parto plurigemellare)

Prestazioni per genitori adottivi (complessivamente per entrambi i genitori adottivi): CHF 200.– per giorno di congedo non retribuito, max CHF 1000.– per adozione (anche per adozioni multiple)

12 Trasporti pianificati

Sono assicurati i costi di trasporto dovuti a cure programmate della persona assicurata, a condizione che sia stata erogata una prestazione obbligatoria dall'AOMS o che sia già stato raggiunto l'importo massimo annuo per il trasporto da parte dell'AOMS e che non sia stato erogato alcun indennizzo per questo motivo.

Vital, livello d'assicurazione Basic e Smart

Non assicurato

Vital, livello d'assicurazione Premium

80% dei costi, max CHF 500.– per anno civile

7 Luogo di fornitura della prestazione

In linea di massima, le prestazioni vengono fornite presso le sedi del fornitore di prestazioni. La fornitura delle prestazioni tramite altri canali (ad es. tramite videotelefonata) è assicurata se è riportata in uno degli elenchi applicabili per le presenti CC.

8 Esclusione di prestazioni

A complemento delle esclusioni di prestazioni citate alla cifra 7 delle CGA, la presente assicurazione complementare non copre le seguenti prestazioni.

1 Prestazioni erogate tra familiari

Le prestazioni per ortodonzia (cifra 6 capoverso 6 CC) e per la medicina alternativa (cifra 6 capoverso 8 CC) non vengono rimborsate se vengono erogate tra familiari.

2 Trasporti d'urgenza e misure di salvataggio, operazioni di ricerca e recupero in Svizzera (cifra 6 capoverso 1 CC)

Non sono assicurati i costi di eventi riconducibili al consumo di droghe e alcol, all'abuso di medicinali o a tentato suicidio.

3 Cure d'urgenza all'estero (cifra 6 capoverso 2 CC)

Non vengono corrisposte prestazioni se la persona assicurata si reca all'estero con l'intenzione di sottoporsi a una cura.

9 Dereghe alle Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Le seguenti cifre hanno la precedenza sulle CGA applicabili.

1 Oggetto dell'assicurazione (cifra 2 CGA)

Deroga per cure d'urgenza all'estero (cifra 6 capoverso 2 CC).

2 Campo di applicazione territoriale (cifra 5 CGA)

Deroga per mezzi ausiliari per la vista e chirurgia refrattiva (cifra 6 capoverso 5 CC) nonché per ortodonzia (cifra 6 capoverso 6 CC).

Il campo d'applicazione territoriale per l'erogazione delle prestazioni può essere ampliato tramite gli elenchi gestiti da Sanitas.

3 Durata del contratto e modalità di disdetta in caso di stipulazione di un contratto pluriennale (cifre 16, 19 CGA)

A deroga delle cifre 16 e 19 delle CGA, valgono le seguenti disposizioni in caso di stipulazione di un contratto pluriennale. Se la persona assicurata sceglie una durata del contratto pluriennale limitata, la scadenza del contratto viene indicata sulla polizza. Se entro tale momento la persona contraente non ha inoltrato disdetta, il contratto d'assicurazione viene tramutato automaticamente in un contratto a tempo indeterminato che si rinnova di volta in volta tacitamente per un altro anno.

La persona contraente può disdire il contratto d'assicurazione per la fine della durata del contratto fissa, osservando un preavviso di 3 mesi. Se il contratto è stato stipulato per un periodo di 3 anni o più, può essere disdetto per la fine del 3° o di ogni anno successivo osservando un preavviso di 3 mesi. Se il contratto d'assicurazione è invece stato stipulato a tempo indeterminato, può essere disdetto per la fine dell'anno civile osservando un preavviso di 3 mesi. La disdetta deve pervenire a Sanitas al più tardi il 30 settembre.

4 Cambio della fascia d'età e del domicilio (cifra 22 CGA)

A deroga della cifra 22 CGA, per l'assicurazione complementare Vital valgono le seguenti fasce d'età:

0-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	
36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	61-65	
66-70	71-75	76-80	81-85	86-90	91-95	96+

La persona assicurata viene assegnata a una delle fasce d'età citate in base alla sua età effettiva. Per l'assegnazione alla fascia d'età all'inizio dell'assicurazione (anno d'ammissione) è determinante l'età che la persona assicurata compie nell'anno d'ammissione.

Il passaggio alla fascia d'età successiva 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).

Il passaggio a una fascia d'età superiore è di regola legato a un aumento del premio. La modifica dei premi in base all'età dà diritto a una disdetta ai sensi della cifra 18 capoverso 4 CGA.

Allegato 1: condizioni per Sanitas Assistance

1 Cos'è Sanitas Assistance?

Sanitas Assistance è un servizio fornito da un'organizzazione attiva a livello internazionale su incarico di Sanitas. L'organizzazione di assistenza organizza prestazioni di aiuto e di servizio in caso di malattia o infortunio all'estero. Il nome dell'organizzazione di assistenza è riportato sulla polizza.

2 Chi è responsabile delle prestazioni di Sanitas Assistance?

1 Un'organizzazione di assistenza attiva a livello internazionale è responsabile delle prestazioni organizzative di Sanitas Assistance su incarico di Sanitas. Tra Sanitas e l'organizzazione di assistenza sussiste un contratto di prestazioni di servizio.

3 Quali sono gli obblighi della persona assicurata in caso di prestazioni?

- 1 Il servizio telefonico di Sanitas Assistance è sempre il primo interlocutore in caso di malattia o infortunio all'estero. Il servizio telefonico è disponibile 24 ore su 24, 7 giorni a settimana. La consulenza viene effettuata in più lingue e comprende la mediazione di aiuti sul posto. Il contatto telefonico è obbligatorio se si esigono prestazioni elencate alla cifra 4.
- 2 Il numero di telefono è indicato sulla tessera d'assicurazione Sanitas.
- 3 La persona assicurata è obbligata ad attenersi alle prescrizioni dell'organizzazione di assistenza e dei team di approvvigionamento medico e di trasporto oppure a quelle di altri fornitori di prestazioni.

4 Quali sono le prestazioni di Sanitas Assistance?

- 1 I costi delle prestazioni di servizio organizzate dall'organizzazione di assistenza secondo questa cifra vengono anticipati dall'organizzazione di assistenza e pagati da Sanitas.
- 2 Prima di un viaggio, l'organizzazione di assistenza fornisce le informazioni sulle formalità d'ingresso e sulle vaccinazioni obbligatorie nel Paese di destinazione. Tutte le altre prestazioni vengono erogate durante le vacanze o i viaggi d'affari all'estero.
- 3 L'organizzazione di assistenza eroga le seguenti prestazioni in caso di malattia acuta o di infortunio della persona assicurata:
 - organizzazione dell'assistenza medica e anticipo dei costi per le cure d'urgenza ambulatoriali e stazionarie all'estero;
 - organizzazione e anticipo dei costi di trasporti necessari per motivi d'ordine medico, incluso il rimpatrio (con una persona accompagnatrice che dispone a sua volta della protezione assicurativa di Sanitas Assistance);
 - reperimento di medicinali assolutamente necessari sul posto o, se necessario, per via aerea e anticipo dei costi di trasporto;
 - organizzazione e anticipo dei costi dell'accompagnamento dei figli della persona assicurata (fino al compimento dei 16 anni), se l'assistenza da parte sua o di un'altra persona accompagnatrice non è possibile;
 - comunicazione ai familiari (su richiesta);
 - organizzazione e anticipo dei costi del viaggio e del soggiorno in albergo per una persona visitatrice designata dalla persona assicurata o dalla sua famiglia (10 pernottamenti al massimo di CHF 200.– l'uno), se il rimpatrio non è possibile entro 10 giorni per questioni di ordine medico;

- organizzazione e anticipo dei costi del rimpatrio della salma (incl. CHF 800.– per la bara) e del viaggio di ritorno al luogo di domicilio di membri della famiglia accompagnatori, se assicurati. Ai membri della famiglia non assicurati che accompagnano la persona deceduta viene accordato un anticipo dei costi pari a CHF 3000.– non coperto da Sanitas.
- 4 In caso di ricovero imprevisto in ospedale o di decesso di un familiare a casa, Sanitas Assistance organizza e anticipa i costi del viaggio di ritorno (con persona accompagnatrice che dispone a sua volta della copertura assicurativa di Sanitas Assistance), o del viaggio di andata e ritorno (senza persona accompagnatrice).
 - 5 In caso di grave danneggiamento della proprietà della persona assicurata sul luogo di domicilio o di soggiorno in seguito a furto, incendio, acqua o forze naturali, Sanitas Assistance eroga le prestazioni seguenti:
 - consulenza alla persona assicurata e anticipo dei costi della chiamata via radio, dei costi supplementari per rimpatri diretti indispensabili e dei costi d'annullamento contrattualmente dovuti per l'albergo o l'appartamento di vacanza. In caso di continuazione immediata del viaggio vengono inoltre anticipati i costi di trasporto per il ritorno al luogo nel quale il viaggio si era interrotto o nel quale si sarebbe trovata la persona assicurata senza l'interruzione. La partecipazione ai costi massima ammonta a CHF 1500.–;
 - anticipo dei costi aggiuntivi d'alloggio (10 pernottamenti al massimo di CHF 150.– l'uno) se la persona assicurata deve effettuare un soggiorno imprevisto o deve prolungare il soggiorno;
 - anticipo dei costi aggiuntivi di trasporto fino a un massimo di CHF 1500.– se la persona assicurata deve modificare il programma di viaggio.
 - 6 In caso di perdita dell'alloggio previsto in seguito a fuoco, acqua o forze naturali, Sanitas Assistance offre la propria consulenza alla persona assicurata e anticipa i costi aggiuntivi d'alloggio fino a un massimo di CHF 1500.–.
 - 7 Se scioperi o disordini (che la persona assicurata non poteva prevedere), quarantene, epidemie o forze naturali impediscono il proseguimento del viaggio, Sanitas Assistance eroga le seguenti prestazioni:
 - consulenza alla persona assicurata e anticipo dei costi supplementari per il rimpatrio diretto indispensabile e dei costi d'annullamento contrattualmente dovuti per l'albergo o l'appartamento di vacanza fino a un massimo di CHF 1500.–;
 - anticipo dei costi aggiuntivi d'alloggio (10 pernottamenti al massimo di CHF 150.– l'uno) se la persona assicurata deve effettuare un soggiorno imprevisto o deve prolungare il soggiorno;
 - anticipo dei costi aggiuntivi di trasporto fino a un massimo di CHF 1500.– se la persona assicurata deve modificare il programma di viaggio.
- 5 **Per quanto tempo Sanitas Assistance eroga le prestazioni?**

Sanitas Assistance è valida durante il periodo in cui la persona in questione dispone dell'assicurazione complementare Vital. Vale per viaggi della durata massima di 12 mesi.
 - 6 **Di quali limitazioni si deve tenere conto?**
 - 1 Dalle prestazioni di Sanitas Assistance sono esclusi:
 - i costi di prestazioni di servizio che la persona assicurata ha richiesto o pagato in violazione dei suoi obblighi ai sensi della cifra 4. Questa conseguenza non si applica se la violazione degli obblighi è da considerarsi non colposa secondo le circostanze ai sensi dell'art. 45 LCA o se la persona assicurata dimostra che la violazione non ha influito in alcun modo sul verificarsi dell'evento temuto e sull'entità della prestazione dovuta da Sanitas;
 - gli eventi subentrati durante competizioni o giri di prova con veicoli a motore;
 - le conseguenze dell'ingerimento di medicinali non prescritti, droghe, stupefacenti o alcol, nonché di tentativi di suicidio;
 - le malattie o le lesioni di lieve entità e natura;
 - le ricadute di malattie o di infortuni subentrati prima della partenza, oppure di malattie non completamente guarite prima della partenza;
 - i costi insorti in seguito a una gravidanza, a meno che non si siano verificate complicazioni gravi e impreviste entro la 27^a settimana di gravidanza;
 - eventi assicurati, cagionati da reati commessi intenzionalmente o per negligenza dalla persona assicurata;
 - i contrattempi di viaggio non menzionati espressamente in queste condizioni e le cure pianificate.
 - 2 Sanitas Assistance non può essere considerata responsabile di prestazioni tardive o omesse, se nel Paese di destinazione subentrano situazioni di forza maggiore, che impediscono l'assistenza.
 - 7 **La protezione assicurativa esiste a livello mondiale?**
 - 1 Di norma l'organizzazione di assistenza accorda prestazioni in tutto il mondo.
 - 2 Non sussiste protezione assicurativa alcuna in Paesi in guerra o in stato di guerra civile.