
Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Assicurazioni complementari secondo
la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA)

Edizione gennaio 2004 (Versione 2009)

Ente assicurativo: Sanitas Assicurazioni private SA

sanitas

assicurazione di classe

Estensione delle assicurazioni

1 Basi del contratto

- 1 Formano le basi del contratto tutte le dichiarazioni scritte che il contraente (pagante i premi), l'assicurato (la persona da assicurare) o i loro rappresentanti indicano nella proposta d'assicurazione ed in altri documenti, come pure rapporti medici.
- 2 I diritti e gli obblighi delle parti contraenti sono fissati nella polizza, in eventuali aggiunte, nelle Condizioni generali d'assicurazione (CGA), nelle Condizioni Complementari (CC) ed in eventuali Condizioni Particolari (CP).
- 3 La Sanitas Assicurazioni private SA ha incaricato la Sanitas Assicurazioni base SA di svolgere tutte le operazioni a suo nome e per suo conto.
- 4 Per questioni non espressamente regolate nei presenti documenti, fa stato la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).
- 5 Il testo redatto in forma maschile vale per analogia anche per persone di sesso femminile.

2 Oggetto delle assicurazioni

- 1 La Sanitas Assicurazioni private SA (in seguito denominata Sanitas) assicura le conseguenze economiche di malattia, maternità ed infortunio. Il rischio infortuni è incluso nell'assicurazione solo se figura sulla polizza.
- 2 I costi vengono rimborsati successivamente alle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal, dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni secondo la LAINF, dell'assicurazione federale invalidità (AI) e dell'assicurazione federale militare (AM).

3 Prestazioni assicurate

- 1 Le prestazioni vengono rimborsate nell'ambito dei costi non coperti. Per l'obbligo di prestazioni della Sanitas è determinante la data della cura, rispettivamente il momento in cui la prestazione assicurata è stata erogata dal fornitore di prestazioni.
- 2 Le prestazioni per malattia, maternità ed infortunio non sono cumulabili.
- 3 Il diritto a prestazioni di maternità inizia 9 mesi dopo la ricezione della proposta da parte della Sanitas.
- 4 Per i frontalieri e i loro famigliari, le prestazioni vengono erogate anche nella zona di frontiera con la Svizzera.

- 5 Per fatture evidentemente troppo elevate, la Sanitas fissa le prestazioni nell'ambito delle tariffe localmente usuali.
- 6 Se i costi non sono dettagliati, la Sanitas effettua la ripartizione secondo il suo apprezzamento.

4 Definizioni

- 1 È considerata malattia qualsiasi disturbo della salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che renda necessaria una visita o una cura medica oppure provochi un'incapacità lavorativa.
- 2 La maternità comprende la gravidanza e il parto come pure la successiva convalescenza della madre.
- 3 È considerato infortunio l'azione repentina, involontaria e lesiva che colpisce il corpo umano, dovuta a fattore esterno straordinario, che compromette la salute fisica, mentale o psichica o che provochi la morte. Le malattie professionali e le lesioni corporali simili ad infortuni sono equiparate agli infortuni. Sono determinanti le disposizioni della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF).

5 Validità territoriale

- 1 Le assicurazioni sono valide nel mondo intero; al di fuori della Svizzera, tuttavia solo per malattie acute o infortuni subentrati durante un soggiorno all'estero di una durata massima di 12 mesi e che richiedono una cura d'urgenza.
- 2 Se l'assicurato soggiorna all'estero per un periodo prolungato o trasferisce il domicilio all'estero, può mantenere le assicurazioni dietro pagamento del premio supplementare durante al massimo 6 anni (a partire dalla data di partenza); lo Stato di soggiorno viene in tal caso equiparato alla Svizzera. Vengono pagati al massimo i costi che verrebbero presi a carico per cure in Svizzera. Scaduto il termine di 6 anni, il contratto spira per la fine del rispettivo anno civile.

6 Colpa grave

La Sanitas rinuncia al diritto che le spetta di decurtare le prestazioni assicurative per colpa grave. Non sussiste tuttavia alcun diritto a prestazioni per le decurtazioni di prestazioni di altri assicuratori.

Limitazioni della copertura assicurativa

7 Esclusioni di prestazioni

Salvo disposizioni contrarie nelle Condizioni Complementari (CC), nei seguenti casi non vengono erogate prestazioni per costi di cura e di indennità giornaliera:

- partecipazioni ai costi e riduzioni di prestazioni da altre assicurazioni
- affezioni esistenti già all'inizio del contratto
- cure e misure che non sono efficaci, appropriate o economiche; l'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici
- interventi atti ad eliminare o migliorare difetti o deturpazioni fisiche, sempre che tali interventi non si rendano necessari in seguito ad un evento assicurato
- cure aventi lo scopo di giungere alla scoperta o alla realizzazione di sé stessi, alla maturazione della personalità o a qualunque altro obiettivo che non sia la cura di una malattia
- cure dimagranti, terapie rinforzanti, terapie cellulari
- cure dentarie, ad eccezione di quelle in relazione con una prestazione obbligatoria dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal
- misure ordinate da autorità giudiziarie o amministrative
- cure durante il servizio militare all'estero e/o cure successive
- malattie ed infortuni in seguito ad atti bellici:
 - in Svizzera
 - all'estero, a meno che la malattia o l'infortunio non subentri entro 14 giorni dal momento in cui questi eventi hanno avuto inizio nello Stato in cui soggiorna l'assicurato e che quest'ultimo sia stato sorpreso da essi
- conseguenze di disordini, di atti terroristici e di crimini di qualsiasi genere e delle misure prese per combatterli, a meno che l'assicurato compri di non avere partecipato attivamente a questi disordini dalla parte dei perturbatori, né di averli fomentati.

8 Assicurazioni multiple

Se per i costi o per la perdita di guadagno sussiste una copertura assicurativa presso più di un assicuratore, essi vengono rimborsati complessivamente una sola volta. In questi casi, la Sanitas paga le proprie prestazioni solo proporzionalmente.

9 Prestazioni di terzi

- 1 Gli assicurati sono tenuti a informare immediatamente la Sanitas su ogni prestazione di terzi e su eventuali accordi di indennità unica, sempre che la Sanitas abbia da erogare prestazioni per lo stesso caso assicurativo.

- 2 Se la Sanitas eroga prestazioni al posto di un terzo, l'assicurato deve cedere i suoi diritti nella misura dell'obbligo di prestazioni da parte della Sanitas.

- 3 Accordi stipulati da assicurati con terzi, non sono vincolanti per la Sanitas.

Obblighi e giustificazione del diritto

10 Obblighi generali

Gli assicurati sono obbligati ad attenersi alle prescrizioni dei medici o alle prescrizioni di altri fornitori di prestazioni.

11 Giustificazione del diritto

- 1 Se si fa valere un diritto a prestazioni assicurative, alla Sanitas sono da inoltrare le fatture originali dettagliate e le pezze giustificative. Il diritto a prestazioni cade in prescrizione 2 anni dopo l'incorrere del fatto su cui è fondata l'obbligazione.
- 2 Per prestazioni erogate da un altro assicuratore (p.es. dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie o dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni), alla Sanitas sono da inoltrare le copie delle fatture ed i conteggi dettagliati di tale assicuratore.
- 3 Se si fa valere il diritto a prestazioni per infortunio, alla Sanitas è da inoltrare il formulario «Annuncio d'infortunio».

12 Fatture dall'estero

Le fatture e le documentazioni provenienti dall'estero sono da inoltrare in lingua tedesca, francese, italiana o inglese. Per fatture e documentazioni redatte in altre lingue è da allegare una traduzione.

13 Violazione di obblighi

Se la persona assicurata viola i suoi obblighi nei confronti della Sanitas in caso di sinistro, le prestazioni possono essere decurtate o rifiutate.

Inizio e fine dell'assicurazione

14 Condizioni d'ammissione

- 1 Con la firma della proposta, i medici, gli assicuratori precedenti ed altri enti assicurativi vengono autorizzati a fornire informazioni alla Sanitas, risp. ai suoi medici di fiducia.
- 2 La Sanitas può ordinare una visita medica, i cui costi vanno a carico del contraente (pagante i premi). Il medico può essere co-designato dalla Sanitas.
- 3 Per contratti in comune con un altro assicuratore sussiste, prima e dopo l'inizio dell'assicurazione, il diritto reciproco a consultare le documentazioni mediche.
- 4 La Sanitas ha il diritto di rifiutare una proposta senza doverlo motivare, o di applicare riserve.
- 5 Se, al momento della stipulazione del contratto, il contraente o la persona assicurata ha risposto a domanda scritta in modo inesatto o taciuto un fatto rilevante (malattie e postumi d'infortuni esistenti e/o esistiti) di cui era o avrebbe dovuto essere a conoscenza, la Sanitas può recedere dal contratto entro 4 settimane da quando si è preso atto della reticenza. L'assicurazione cessa alla fine del mese nel quale la disdetta è stata recapitata al contraente. Delle prestazioni già pagate per i danni intervenuti viene richiesta l'intera restituzione, se il fatto che è stato oggetto della reticenza ha influito sull'insorgere o sull'entità del danno.

15 Inizio dell'assicurazione

La copertura assicurativa inizia alla data convenuta nella polizza, risp. nella dichiarazione d'accettazione.

16 Durata del contratto

Il contratto è stipulato per una durata illimitata.

17 Modifiche del contratto da parte del contraente

- 1 Per modifiche del contratto, il contraente deve inoltrare una nuova proposta. Fanno stato le disposizioni alla cifra 14 delle presenti Condizioni generali d'assicurazione.
- 2 L'esclusione di singole assicurazioni complementari è possibile per la fine di un anno civile, osservando un preavviso di tre mesi. Se un'assicurazione complementare viene sostituita da un'altra, vengono computate le prestazioni assicurative versate fino al momento del passaggio.

- 3 Le assicurazioni per l'indennità giornaliera possono essere disdette per il 1° del mese successivo, purché la persona assicurata presenti la comprova che il proprio datore di lavoro garantisca una protezione assicurativa almeno equivalente e che quindi l'assicurazione per l'indennità giornaliera risulterebbe obsoleta.

18 Modifiche del contratto da parte della Sanitas

- 1 Se vengono modificati i premi e/o la regolamentazione dell'aliquota percentuale della tariffa, la Sanitas può richiedere l'adattamento del contratto. Lo stesso vale per adattamenti di prestazioni che concernono
 - modifiche della cerchia dei fornitori di prestazioni e delle loro prestazioni
 - forme di terapia
 - nuovi e costosi sviluppi in campo medicooppure se viene modificato il catalogo legale delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal.
- 2 A tale scopo la Sanitas notifica al contraente i nuovi premi, risp. le nuove condizioni d'assicurazione al più tardi 25 giorni prima della loro entrata in vigore.
- 3 Il contraente ha poi a sua volta il diritto di rescindere il contratto per la data dell'entrata in vigore delle modifiche del contratto. Per essere valida, la disdetta deve pervenire alla 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 dell'adattamento del contratto.

19 Disdetta

- 1 La Sanitas rinuncia espressamente al suo diritto di rescindere il contratto in caso di sinistro. La Sanitas può rescindere il contratto se la persona assicurata o il contraente abusa o tenta di abusare dell'assicurazione.
- 2 Il contraente può disdire il contratto per la fine di un anno civile, osservando un preavviso di tre mesi. La disdetta deve pervenire alla Sanitas al più tardi il 30 settembre.
- 3 Inoltre il contraente può disdire il contratto secondo la cifra 18 delle presenti Condizioni generali d'assicurazione.

20 Sospensione

Su richiesta, le assicurazioni possono essere sospese con conseguente riduzione del premio. La Sanitas può rifiutare la richiesta, senza doverlo motivare.

21 Fine della protezione assicurativa

La protezione assicurativa spira il giorno in cui la rescissione del contratto, risp. l'esclusione dall'assicurazione diventa effettiva. Le prestazioni assicurative sono dovute fino e incluso tale giorno.

Premi

22 Trasferimento in altra fascia d'età e del domicilio

- 1 Per trasferimenti nella fascia d'età superiore, i premi vengono adattati come segue, sempre per il 1° gennaio:
 - al compimento del 18^{esimo} anno d'età, nella fascia d'età da 19 a 25
 - al compimento del 25^{esimo} anno d'età, nella fascia d'età da 26 a 40.
- 2 Per assicurati che hanno stipulato un contratto dal 1° gennaio 1997, la Sanitas può introdurre un'ulteriore fascia d'età, a partire dal 41^{esimo} anno d'età.
- 3 Un trasferimento del domicilio può comportare una modifica del premio. Ciò non dà diritto ad una disdetta secondo la cifra 18 delle presenti Condizioni d'assicurazione.

23 Pagamento dei premi e scadenza

- 1 I premi sono esigibili il 1° giorno del mese di riferimento. I pagamenti possono essere effettuati a scadenze annuali, semestrali, trimestrali, bimestrali o mensili; l'anno assicurativo inizia il 1° gennaio. Per indirizzi di corrispondenza all'estero sono possibili solo pagamenti di premi annuali, semestrali o trimestrali.
- 2 Se il contratto d'assicurazione è sciolto o si estingue prima della scadenza, il premio è dovuto soltanto sino al momento dello scioglimento del contratto. Tale regolamentazione non è valida in caso di disdetta del contratto in caso di sinistro da parte del contraente durante l'anno che segue la stipulazione del contratto.
- 3 I premi dovuti non possono essere compensati con crediti di prestazioni.

24 Diffida e conseguenze della mora

- 1 Qualora il premio dovuto o le partecipazioni ai costi non venissero pagati alla scadenza convenuta, la Sanitas solleciterà il contraente, sotto comminatoria delle conseguenze della mora, a effettuare il pagamento degli importi in arretrato comprese le tasse di diffida entro 14 giorni dall'invio della diffida. Se la diffida rimane senza seguito, la Sanitas recede dal contratto rinunciando ai premi arretrati oppure riscuote gli importi arretrati, i costi di esecuzione, le spese amministrative e gli interessi di mora inclusi, adendo alle vie legali.
- 2 Entro 4 mesi dopo lo scadere del termine di diffida, il contraente può richiedere per iscritto che il contratto venga rimesso in vigore e ciò senza un nuovo esame del rischio. Egli deve impegnarsi a pagare gli importi arretrati per intero senza interruzione. In questo caso, il diritto a prestazioni sussiste per cure a partire dal giorno in cui la Sanitas riceve il pagamento. La richiesta può essere respinta senza dover fornire alcuna motivazione.

Varie

25 Accettazione della polizza d'assicurazione

Se il contenuto della polizza o delle aggiunte alla stessa non corrisponde agli accordi presi, il contraente deve richiederne la rettifica entro 4 settimane dalla ricezione della polizza d'assicurazione. Senza una comunicazione contraria da parte del contraente, la polizza d'assicurazione è ritenuta approvata.

26 Registrazione ed elaborazione dei dati

- 1 La Sanitas garantisce l'osservanza della protezione dei dati conformemente alle prescrizioni della vigente legislazione svizzera in materia, in particolare della Legge sulla protezione dei dati.
- 2 Nell'ambito delle disposizioni legali la Sanitas ha il diritto di raccogliere le informazioni necessarie per l'esercizio dell'assicurazione, di registrarle elettronicamente e di delegare l'elaborazione delle stesse a terzi.

27 Versamento di prestazioni

- 1 La Sanitas versa le sue prestazioni su un conto corrente postale o bancario. Se viene richiesto il versamento mediante altri mezzi di pagamento, la Sanitas può esigere un indennizzo dei costi supplementari generati. I versamenti avvengono all'indirizzo in Svizzera o ad indirizzi di Stati dell'UE o AELS, purché Basic sia inclusa nella stessa polizza d'assicurazione.
- 2 La Sanitas può compensare le prestazioni con i suoi crediti nei confronti degli assicurati.

28 Cambi di nome e d'indirizzo/di recapiti di contatto

- 1 I cambi di nome e d'indirizzo/di recapiti di contatto sono da comunicare per iscritto alla Sanitas entro un termine di 30 giorni. In caso contrario, per l'invio legalmente valido della corrispondenza fa stato l'ultimo indirizzo noto.
- 2 Per soggiorni all'estero di durata superiore a 3 mesi, alla Sanitas è da comunicare un recapito di contatto in Svizzera. Ciò non vale per trasferimenti del domicilio di diritto civile in uno Stato dell'UE o AELS, purché Basic sia inclusa nella stessa polizza d'assicurazione.

29 Passaggio dall'assicurazione collettiva all'assicurazione individuale

- 1 Persone che escono da un'assicurazione collettiva della Sanitas o devono uscirne in seguito allo scioglimento della stessa, possono passare all'assicurazione individuale, purché mantengano il loro domicilio di diritto civile nel campo d'attività della Sanitas. L'assicurato viene informato per iscritto sul suo diritto di libero passaggio, che dovrà far valere entro 30 giorni.
- 2 Gli assicurati vengono assicurati nell'ambito del possibile per le stesse prestazioni come nell'assicurazione collettiva. Le prestazioni già percepite vengono computate a quelle dell'assicurazione individuale. Una riserva esistente nell'assicurazione collettiva viene mantenuta invariata.
- 3 Per la determinazione dei premi fa stato la fascia d'età al momento dell'inizio dell'assicurazione presso la Sanitas. Resta riservata la cifra 22 delle presenti Condizioni generali d'assicurazione.

30 Inclusione dell'infortunio nei costi di cura dopo il pensionamento

- 1 Il rischio infortuni può essere incluso nelle assicurazioni per i costi di cura, senza esame del rischio, entro i 3 mesi successivi al pensionamento.
- 2 La condizione è che l'assicurato fornisca la comprova che in un'assicurazione collettiva sia esistita una tale copertura infortuni e che il pensionamento abbia reso obbligatoria l'uscita dall'assicurazione collettiva.
- 3 Non vengono prese a carico prestazioni per infortuni subentrati prima dell'inclusione del rischio infortuni.

31 Luogo d'adempimento e foro competente

- 1 Gli obblighi dal contratto assicurativo sono da adempiere in Svizzera e in valuta svizzera.
- 2 In caso di contestazioni, il tribunale nel luogo di domicilio in Svizzera o a Zurigo è competente per ricorsi interposti dal contraente o dall'assicurato; il tribunale nel luogo di domicilio del contraente o dell'assicurato è competente per ricorsi interposti dalla Sanitas.

