



Libretto ETI

Touring Club Suisse

Ch. de Blandonnet 4

Case Postale 820

1214 Vernier GE

eti@tcs.ch

Tél.: +41 58 827 27 27

Fax: +41 58 827 22 42

www.tcs.ch

Spese di cura Condizioni generali di assicurazione

Edizione luglio 2013
(stato gennaio 2022)

Indice

I Norme generali	IV Inizio e fine dell'assicurazione	VII Delimitazione della copertura assicurativa
1 Basi contrattuali	10 Inizio della copertura assicurativa	19 Esclusioni
2 Assicuratore	11 Durata della copertura assicurativa	20 Riduzione delle prestazioni
3 Avente diritto	12 Fine dell'assicurazione	21 Colpa grave
II Estensione dell'assicurazione	V Obblighi e diritto alle prestazioni	22 Prestazioni di altre assicurazioni per lo stesso caso di sinistro
4 Oggetto dell'assicurazione	13 Pagamento della quota	23 Prestazioni di terzi
5 Validità territoriale	14 Obbligo di avviso	VIII Disposizioni varie
6 Assicurati	15 Obblighi concernenti il trattamento medico e l'informazione	24 Foro competente
III Definizioni	16 Giustificazione del diritto alle prestazioni	25 Comunicazioni
7 Forma maschile/femminile	VI Prestazioni assicurate	26 Registrazione ed elaborazione dei dati
8 Malattia/maternità	17 Prestazioni assicurate	
9 Infortunio	18 Prestazioni dopo la scadenza dell'assicurazione	

Le presenti Condizioni generali si applicano ad entrambe le varianti dell'assicurazione Spese di cura «Europa» e «Mondo». È richiesto un Libretto ETI Europa valido per poter beneficiare delle prestazioni dell'assicurazione Spese di cura «Europa». L'assicurazione Spese di cura «Mondo» è riservata ai titolari di un Libretto ETI Mondo valido. Entrambe le varianti presuppongono l'adesione all'assicurazione obbligatoria malattie (LAMal).

I Norme generali

1 Basi contrattuali

1. Basi contrattuali sono le presenti Condizioni generali d'assicurazione (qui di seguito «CGA»).
2. Per le questioni che non sono espressamente regolate nelle CGA si applica la Legge federale sul contratto d'assicurazione del 2 aprile 1908 (LCA).

2 Assicuratore

Il Touring Club Svizzero offre un'assicurazione «Spese di cura» per i titolari del Libretto ETI Europa o Mondo in partnership con Sanitas Privatversicherungen AG. Il contratto assicurativo concluso tra Sanitas Privatversicherungen AG e il TCS, quale stipulante l'assicurazione, è un contratto d'assicurazione collettivo. Sanitas Privatversicherungen AG è quindi l'istituzione assicurativa dell'assicurazione «Spese di cura». Essa garantisce le prestazioni dovute secondo le presenti CGA e risponde del loro pagamento.

Sanitas Privatversicherungen AG

Jänergasse 3
Casella postale
8021 Zurigo

Tel. +41 44 298 63 00
Fax +41 44 298 62 50

3 Avente diritto

L'assicurazione può essere stipulata o prolungata da persone di ogni età, coperte dall'assicurazione malattia obbligatoria secondo la LAMal, aventi il proprio domicilio in Svizzera o nel Liechtenstein e titolari del Libretto ETI.

Anche i titolari domiciliati nelle zone di confine (ai sensi delle «Disposizioni particolari per i titolari di un Libretto ETI domiciliati all'estero nelle zone di confine») possono stipulare l'assicurazione, a condizione di essere beneficiari di un'assicurazione malattia e infortunio sottoscritta in Svizzera.

II Estensione dell'assicurazione

4 Oggetto dell'assicurazione

La presente assicurazione si assume le spese di cura e di degenza ospedaliera, dovute a malattia o infortunio, durante un soggiorno all'estero per vacanze o per affari o durante il viaggio per recarvisi.

Le prestazioni sopraindicate sono assicurate in modo complementare a quelle previste dall'assicurazione esistente, sottoscritta in Svizzera.

5 Validità territoriale

Le prestazioni di assicurazione concernenti le spese di cura sono garantite entro i limiti del territorio coperto dal prodotto «Spese di cura» di cui è titolare l'avente diritto, quindi:

- Per l'avente diritto titolare/beneficiario dell'assicurazione Spese di cura «Europa» le prestazioni sono garantite nei paesi europei fino agli Urali, nonché nei paesi extraeuropei del bacino mediterraneo. Sono esclusi la Svizzera e il Liechtenstein nonché i territori e i dipartimenti d'oltremare dei paesi europei.
- Per l'avente diritto titolare/beneficiario dell'assicurazione Spese di cura «Mondo» le prestazioni di assicurazione sono garantite in tutti i paesi del Mondo. Sono esclusi la Svizzera e il Liechtenstein.

6 Assicurati

Quando l'avente diritto è titolare del Libretto ETI «Individuale» sono assicurati: il titolare del Libretto ETI e i minorenni domiciliati in Svizzera, ma non presso il titolare del Libretto ETI, e da questi invitati per la durata di un viaggio in uno dei paesi coperti ai sensi dell'art. 5 CGA.

Quando l'avente diritto è titolare del Libretto ETI «Famiglia» sono assicurati: il titolare del Libretto ETI, le persone che vivono con lui nella stessa economia domestica e i minorenni domiciliati in Svizzera, invitati in famiglia dal titolare del Libretto ETI per la durata di un viaggio in uno dei paesi coperti ai sensi dell'articolo 5 CGA.

III Definizioni

7 Forma maschile/femminile

La forma maschile usata nelle presenti CGA vale anche per le persone di sesso femminile.

8 Malattia/maternità

1. Si considera malattia qualsiasi alterazione dello stato di salute, fisico o psichico, che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità lavorativa (art. 3, cpv.1 LPGA).
2. Per la maternità vengono corrisposte le stesse prestazioni accordate in caso di malattia.

9 Infortunio

Si considera infortunio ogni evento dovuto a causa esterna, straordinaria, repentina e fortuita il quale produca lesioni corporali che compromettono la salute fisica o psichica (art. 4 LPGA).

IV Inizio e fine dell'assicurazione

10 Inizio della copertura assicurativa

La copertura assicurativa prende inizio al più presto il giorno seguente la data del pagamento del canone e a condizione che quanto previsto dall'articolo 3 delle CGA sia rispettato.

11 Durata della copertura assicurativa

1. La copertura assicurativa è valida un anno, ma al più tardi fino alla data di scadenza annuale del Libretto ETI. Il primo anno, la copertura può essere inferiore ad un anno se il contratto è concluso nel corso dell'anno.

L'assicurazione Spese di cura è prolungata tacitamente di anno in anno in coincidenza con il Libretto ETI, se non è disdetta per iscritto o in un'altra forma che consenta la prova per testo 1) dal beneficiario entro il giorno della scadenza o 2) dal TCS 30 giorni prima della scadenza.

2. L'assicurazione è valida solo per gli eventi sopravvenuti o causati nel corso della durata del contratto.

12 Fine dell'assicurazione

L'assicurazione si estingue per tutti i sinistri non ancora sopravvenuti e relativi a tutti gli assicurati, quando l'avente diritto:

- muore;
- trasferisce il proprio domicilio legale all'estero;
- si assenta dalla Svizzera per oltre dodici mesi consecutivi oppure
- non è più titolare del Libretto ETI.

L'assicurazione cessa di coprire individualmente un assicurato, che non è l'avente diritto, per gli stessi motivi; l'assicurazione rimane comunque in vigore per gli altri assicurati.

V Obblighi e diritto alle prestazioni

13 Pagamento della quota

1. Il primo anno di sottoscrizione, la quota è dovuta prima dell'entrata in vigore dell'assicurazione «Spese di cura» (condizione per l'entrata in vigore). Per gli anni successivi, la quota può essere pagata in anticipo, entro la data di scadenza del periodo contrattuale in corso.
2. In caso di modifica della quota, il TCS comunica il nuovo importo al titolare del Libretto ETI al più tardi 30 giorni prima della scadenza del periodo contrattuale in corso. Se il titolare del Libretto ETI non disdice il contratto «Spese di cura» al più tardi il giorno della scadenza del periodo contrattuale in corso, la nuova quota è considerata accettata.

3. Se la quota non è pagata alla scadenza, il titolare è intimato, per iscritto a sue spese e sotto comminatoria delle conseguenze della mora, ad effettuare il pagamento entro quattordici giorni dall'invio del sollecito. Se tale sollecito rimane senza effetto, l'obbligo contrattuale del TCS e di Sanitas di è sospeso a decorrere dalla scadenza del termine di quattordici giorni. Se il TCS non ha adito le vie legali per recuperare la quota arretrata entro i due mesi dalla scadenza del termine suddetto, si ritiene che sia receduto dal contratto e abbia rinunciato ad incassare la quota. Se il TCS ha ottenuto il pagamento della quota tramite vie legali, o lo ha accettato successivamente, il suo obbligo è ristabilito dal momento in cui la quota arretrata è stata saldata con gli interessi e le spese.

14 Obbligo di avviso

1. L'assicurato s'impegna a informare spontaneamente il Touring Club Svizzero di qualunque cambiamento relativo alla propria situazione o a quella di uno degli assicurati.
2. In caso di malattia improvvisa o infortunio all'estero, che diano diritto alle prestazioni in base all'art. 16 delle presenti CGA, è indispensabile avvisare immediatamente la Centrale d'intervento ETI.
3. Le misure di soccorso vengono disposte e organizzate dalla Centrale d'intervento ETI e rimborsate da La Sanitas.

15 Obblighi concernenti il trattamento medico e l'informazione

1. In caso di malattia o infortunio che potrebbe comportare il versamento delle prestazioni si deve provvedere non appena possibile ad una cura medica adeguata. L'assicurato è tenuto ad osservare le prescrizioni del medico o di altri fornitori di prestazioni.
2. La Sanitas può richiedere ai fornitori di prestazioni ulteriori documenti giustificativi e informazioni, in particolare certificati medici.
L'avente diritto o l'assicurato è inoltre tenuto a fornire informazioni complete e veritiere in merito al sinistro e a malattie e/o infortuni precedenti.
3. L'assicurato deve liberare dal segreto professionale i fornitori di prestazioni che lo curano o lo hanno avuto in cura, ai quali Sanitas si è rivolta al fine di ottenere tutte le informazioni necessarie per l'esame della proposta e l'osservanza del contratto.
4. Su richiesta di Sanitas l'assicurato deve sottoporsi alle visite dei medici (di fiducia) da essa incaricati.

16 Giustificazione del diritto alle prestazioni

1. Se l'assicurato fa ricorso alle prestazioni, deve inviare alla Sanitas tutti gli originali di certificati medici, rapporti, documenti giustificativi, fatture e conferme di pagamento dei fornitori di prestazioni, al massimo entro 6 mesi dall'inizio del trattamento.
2. Se, oltre alla Sanitas, altri assicuratori sono tenuti al versamento delle prestazioni per lo stesso caso di malattia o di infortunio, devono essere inviati alla Sanitas anche i conteggi degli altri assicuratori.

VI Prestazioni assicurate

17 Prestazioni assicurate

1. Le seguenti prestazioni vengono accordate da Sanitas senza limiti di somma, a condizione che siano disposte dalla Centrale d'intervento ETI:
 - spese di cura in caso di trattamento ambulatoriale;
 - spese di cura e di degenza in caso di ricovero in ospedale;
 - Partecipazione dell'assicurato ai costi (franchigia/quota-parte) in un paese membro dell'Unione europea (UE) o dell'Associazione europea di libero scambio (AELE) in applicazione della legislazione in materia di sicurezza sociale del paese di villeggiatura.

2. Le prestazioni di cui all'art. 16.1 di queste CGA vengono accordate:

- solo per trattamenti scientificamente riconosciuti ed effettuati da un medico autorizzato o da personale paramedico;
- solo per trattamenti praticati nel paese di soggiorno;
- solo finché il rimpatrio non può essere considerato opportuno o ragionevole.

18 Prestazioni dopo la scadenza dell'assicurazione

Per eventi insorti nel periodo di validità dell'assicurazione, le prestazioni assicurate vengono accordate per un massimo di 90 giorni dalla fine del contratto di assicurazione.

VII Delimitazione della copertura assicurativa

19 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni o le malattie dovuti a:

- conseguenze di eventi bellici in Svizzera e all'estero. Tuttavia, nel caso che l'assicurato venga sorpreso all'estero dallo scoppio di tali avvenimenti, la copertura assicurativa cesserà soltanto dopo 14 giorni dal momento in cui gli avvenimenti si sono manifestati per la prima volta. Qualora, però, l'assicurato sia vittima di un dirottamento aereo, La Sanitas verserà integralmente le prestazioni anche quando l'aereo sia stato dirottato in un paese coinvolto in avvenimenti bellici. La Sanitas non versa alcuna prestazione se l'assicurato è vittima di un dirottamento aereo avvenuto dopo più di 48 ore dallo scoppio di una guerra
 - in cui sia coinvolta la Svizzera o un paese limitrofo;
 - in cui siano coinvolti Gran Bretagna, Federazione Russa, Stati Uniti d'America o Repubblica Popolare Cinese, anche se solo alcuni paesi sono in conflitto tra di loro oppure se uno di questi paesi è in conflitto con uno stato europeo;
- servizio militare in un esercito straniero;
- partecipazione ad atti bellici o terroristici;
- partecipazione a tumulti e dimostrazioni di qualsiasi genere, tra cui risse e atti di violenza, a meno che l'assicurato non possa dimostrare di non avervi partecipato attivamente a fianco degli agitatori, di non averli fomentati oppure di aver voluto prestare soccorso ad una persona indifesa, ferita dai belligeranti;
- pericoli a cui l'assicurato si espone provocando altre persone;
- partecipazione a corse di veicoli e natanti a motore e alle relative prove sui percorsi di gara, a rally o ad altre simili competizioni con veicoli a motore;
- compimento di crimini o tentativi di crimini e delitti commessi intenzionalmente;
- per malattie, infortuni e loro conseguenze, anteriori all'acquisizione della copertura;
- per malattie e infortuni per i quali è stata posta una riserva nell'ambito di un'assicurazione malattie ancora in corso;
- se l'assicurato si reca all'estero per trattamenti, cure o parto;
- per trasferimento e cura in altri paesi;
- in caso di abuso di stupefacenti e prodotti tossici (alcol, droghe, farmaci);
- per trattamenti la cui efficacia, appropriatezza ed economicità non siano state scientificamente dimostrate (art. 32 e 33 LAMal);
- per terapie cellulari, cure dimagranti, terapie per il recupero della forze;
- per trattamenti estetici (ivi comprese le complicazioni e i postumi).
- E' esclusa dalla copertura la partecipazione alle spese prevista dall'Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (franchigie e partecipazioni ai costi).

20 Riduzione delle prestazioni

Le prestazioni assicurative vengono ridotte e, in casi particolarmente gravi, rifiutate:

- se l'assicurato non adempie gli obblighi nei confronti di Touring Club Svizzero o di Sanitas (art.13 -15 delle presenti CGA) a meno che lo stesso non dimostri che la violazione non è avvenuta per sua colpa o che la violazione non ha avuto alcuna influenza sul verificarsi del sinistro e sull'estensione delle prestazioni dovute da Sanitas;
- per gli infortuni dovuti ad atti temerari. Si considera atto temerario il caso in cui l'assicurato si espone a un pericolo particolarmente grave senza prendere o poter prendere le precauzioni che limiterebbero i rischi in misura ragionevole. Sono tuttavia assicurati gli atti di salvataggio di persone, anche quando possono essere considerati temerari.

21 Colpa grave

La Sanitas rinuncia al diritto di ridurre le prestazioni nel caso di eventi assicurati cagionati da colpa grave.

22 Prestazioni di altre assicurazioni per lo stesso caso di sinistro

Tutte le prestazioni ai sensi delle presenti condizioni generali d'assicurazione sono corrisposte a titolo sussidiario alle prestazioni di altri assicuratori sociali e privati, la totalità dei costi essendo rimborsata una sola volta.

Qualora anche gli altri assicuratori privati effettuano le loro prestazioni unicamente a titolo sussidiario, sono applicabili le disposizioni legali in materia di cumulo di assicurazioni.

23 Prestazioni di terzi

1. Qualora ricorra alle prestazioni di Sanitas, invece di rivolgersi al terzo civilmente responsabile o al rispettivo assicuratore, l'assicurato deve cederle i suoi diritti nella misura corrispondente alle prestazioni fornite.
2. Gli importi versati a titolo di risarcimento da un terzo civilmente responsabile, o dal suo assicuratore, vengono dedotti dalle prestazioni a carico di Sanitas.
3. La Sanitas non copre l'eventuale riduzione delle prestazioni operate da altre assicurazioni.

VIII Disposizioni varie

24 Foro competente

In caso di controversie risultanti dal presente contratto, l'avente diritto o l'assicurato ha la facoltà di scegliere tra il foro del suo domicilio svizzero e quello di Zurigo.

25 Comunicazioni

1. Tutte le comunicazioni relative al rimborso sono giuridicamente valide se indirizzate alla Sede principale di Sanitas.
2. Le comunicazioni di Sanitas sono giuridicamente valide se inviate all'indirizzo in Svizzera registrato presso Touring Club Svizzero.

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, della Legge federale sulla protezione dei dati (LPD) e in particolare dell'art. 33 LPD e dell'art. 84 ss. LAMal.
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.