



Condizioni di assicurazione

Edizione 2012

Indice

1. Condizioni generali di assicurazione (CGA) per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione contro le malattie (LAMal)	
ÖKK BASE	Pagina 2
2. Condizioni generali di assicurazione (CGA) per assicurazioni secondo la Legge sul contratto d'assicurazione (LCA)	
Condizioni comuni	Pagina 10
ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE e ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA	Pagina 19
ÖKK OPTIMA	Pagina 25
ÖKK PREMIUM	Pagina 29
ÖKK COMBI	Pagina 33
ÖKK FAMILY	Pagina 40
ÖKK FAMILY FLEX	Pagina 46
ÖKK SALTO	Pagina 52
ÖKK DENTAL	Pagina 58
ÖKK TOURIST	Pagina 61
ÖKK PROTECT	Pagina 65
ÖKK Capitale di rischio in caso di decesso o invalidità in seguito a infortunio	Pagina 68
ÖKK Capitale di rischio in caso di decesso o invalidità in seguito a malattia	Pagina 74
ÖKK COMPENSA	Pagina 80

ÖKK BASE

ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG
Condizioni generali di assicurazione (CGA), Edizione 1.1.2012

Indice

1. Fondamenti assicurativi

- 1.1. Assicuratore
- 1.2. Fondamenti giuridici
- 1.3. Scopo

2. Assicurazione

- 2.1. Persone assicurate
- 2.2. Procedimento di ammissione
 - 2.2.1. Domanda di affiliazione
 - 2.2.2. Polizza di assicurazione e CGA
- 2.3. Durata dell'assicurazione
- 2.4. Cambiamento di domicilio
 - 2.4.1. Aspetti generali
 - 2.4.2. Trasferimento all'estero
- 2.5. Copertura d'infortunio
 - 2.5.1. Annullamento della copertura d'infortunio
 - 2.5.2. Ritiro dall'assicurazione contro gli infortuni
- 2.6. Cambiamento della forma assicurativa
- 2.7. Termine dell'assicurazione
 - 2.7.1. Aspetti generali
 - 2.7.2. Disdetta
 - 2.7.3. Conseguenze dell'annullamento dell'assicurazione

3. Prestazioni

- 3.1. Condizioni generali sulle prestazioni
 - 3.1.1. Diritto di pretesa
 - 3.1.2. Prestazioni in caso di malattia, infortunio, infermità congenita, maternità
 - 3.1.3. Prestazioni all'estero
 - 3.1.4. Condizioni per le prestazioni
 - 3.1.5. Fatturazione, rimborso
 - 3.1.6. Obblighi di collaborazione
- 3.2. Cura ambulatoriale
 - 3.2.1. Durata delle prestazioni
 - 3.2.2. Fornitori di prestazioni
 - 3.2.3. Entità delle prestazioni
 - 3.2.4. Scelta del fornitore delle prestazioni
 - 3.2.5. Medicinali
 - 3.2.6. Analisi
 - 3.2.7. Mezzi ausiliari
 - 3.2.8. Medicina alternativa
 - 3.2.9. Prevenzione medica

- 3.3. Cura stazionaria
 - 3.3.1. Ospedale
 - 3.3.2. Garanzia di assunzione dei costi, fatturazione
- 3.4. Prestazioni di cura
- 3.5. Cure termali
- 3.6. Spese di trasporto e di salvataggio
- 3.7. Cure dentarie
- 3.8. Maternità
 - 3.8.1. Entità delle prestazioni
 - 3.8.2. Spese di cura dei bambini
 - 3.8.3. Preparazione al parto e assistenza di allattamento
- 3.9. Limitazioni delle prestazioni
 - 3.9.1. Riduzione o limitazione di prestazioni
 - 3.9.2. Fatturazione maggiorata e cura non economica
 - 3.9.3. Obbligo di rimborso
- 3.10. Prestazioni di terzi, sovrindennizzo
 - 3.10.1. Prestazioni di terzi
 - 3.10.2. Sovrindennizzo

4. ÖKK BASE CASAMED

- 4.1. Scopo
- 4.2. Principio
- 4.3. Eccezioni

5. ÖKK BASE ECOPIANO

- 5.1. Scopo
- 5.2. Principio
- 5.3. Eccezioni

6. Partecipazione alle spese

- 6.1. Partecipazione alle spese ordinaria
 - 6.1.1. Franchigia e partecipazione individuale
 - 6.1.2. Partecipazione individuale per medicinali
 - 6.1.3. Contributo ospedaliero
- 6.2. Franchigia opzionale

7. Premio

- 7.1. Stabilire il premio
- 7.2. Premi ridotti
- 7.3. Riduzione dei premi
- 7.4. Esenzione dei premi durante servizio militare o civile
- 7.5. Contributi extra
- 7.6. Pagamento
 - 7.6.1. Scadenza e periodo di pagamento
 - 7.6.2. Mora
 - 7.6.3. Costituzione in pegno e cessione

8. Assicurazione collettiva

- 8.1. Aspetti generali
- 8.2. Disposizioni divergenti
- 8.3. Passaggio all'assicurazione individuale

9. Parte legale

- 9.1. Decisione formale
- 9.2. Ricorso
- 9.3. Tribunale cantonale delle assicurazioni
- 9.4. Passaggio in giudicato
- 9.5. Protezione giuridica

10. Disposizioni finali

- 10.1. Modifiche
- 10.2. Entrata in vigore

La forma maschile utilizzata in queste CGA vale anche per le persone di sesso femminile.

1. Fondamenti assicurativi

1.1. Assicuratore

L'assicuratore è ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Landquart (ÖKK).

1.2. Fondamenti giuridici

Hanno validità le presenti Condizioni generali di assicurazione (CGA), la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e la Legge federale sulla parte generale delle assicurazioni sociali (LPGA).

1.3. Scopo

ÖKK BASE è l'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal. Essa fornisce prestazioni in caso di malattia, infortunio e maternità.

2. Assicurazione

2.1. Persone assicurate

Sono assicurati nello specifico le persone residenti nell'area di attività di ÖKK. La cerchia degli assicurati è regolata ai sensi dell'art. 3 della LAMal.

2.2. Procedura di ammissione

2.2.1. Domanda di affiliazione

La domanda avviene con il formulario prestampato ÖKK. Alle domande espresse sul formulario bisogna rispondere in modo completo e veritiero.

2.2.2. Polizza di assicurazione e CGA

La persona assicurata riceve dopo l'ammissione una polizza di assicurazione e le presenti CGA.

2.3. Durata dell'assicurazione

Decorrenza e termine dell'assicurazione sono regolamentati dall'art. 5 LAMal.

2.4. Cambiamento di domicilio

2.4.1. Aspetti generali

Cambiamenti d'indirizzo e mutamenti di domicilio sono da annunciare a ÖKK entro 30 giorni. Come cambiamento di domicilio vale il mutamento del domicilio civile.

2.4.2. Trasferimento all'estero

Lavoratori dipendenti inviati all'estero dalla propria azienda con sede in Svizzera restano assicurati per altri due anni e, su richiesta, fino ad un massimo di sei. Restano sempre soggette all'obbligo assicurativo le persone che, in virtù dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone, risiedono in uno stato membro dell'UE e sono soggette all'obbligo assicurativo in Svizzera, nonché le persone dell'amministrazione pubblica attive all'estero. La stessa estensione di copertura può essere mantenuta per i familiari.

In caso di mutamento di domicilio deve essere indicato un indirizzo in Svizzera.

In uno stato membro dell'UE, ÖKK BASE copre i trattamenti secondo le tariffe per le assicurazioni sociali vigenti in quella rispettiva nazione.

Nelle altre nazioni estere, ÖKK corrisponde fino a un massimo del

doppio dell'importo delle tariffe valide presso l'ultimo domicilio svizzero.

2.5. Copertura d'infortunio

2.5.1. Annullamento della copertura d'infortunio

Gli assicurati obbligatoriamente contro gli infortuni professionali e non professionali possono richiedere l'annullamento della copertura d'infortunio.

Il premio viene adeguato per l'inizio del mese successivo alla richiesta.

2.5.2. Ritiro dall'assicurazione contro gli infortuni

Se l'assicurato si ritira dall'assicurazione contro gli infortuni ai sensi della LAINF, deve comunicarlo a ÖKK entro un mese.

2.6. Cambiamento della forma assicurativa

Si può cambiare l'ammontare della franchigia a inizio dell'anno civile. Il termine di preavviso per ridurre l'ammontare della franchigia è di tre mesi per la fine dell'anno civile.

Il passaggio da ÖKK BASE a ÖKK BASE CASAMED o ÖKK BASE ECOPLAN o viceversa avviene all'inizio dell'anno civile. Il termine di preavviso per passare da ÖKK BASE CASAMED o ÖKK BASE ECOPLAN a ÖKK BASE è di tre mesi per la fine dell'anno civile.

2.7. Termine dell'assicurazione

2.7.1. Aspetti generali

L'assicurazione termina in caso di

- disdetta
- trasferimento all'estero, con eccezione per la continuazione dell'obbligo assicurativo
- decesso
- radiazione ufficiale.

Esiste una riserva per motivi legali di esclusione in caso di violazione degli obblighi in qualità di assicuratore.

2.7.2. Disdetta

Rispettando un preavviso di tre mesi, la persona assicurata può disdire l'assicurazione per la fine di un semestre civile.

In occasione della comunicazione di nuovi premi, la persona assicurata può disdire il rapporto assicurativo con ÖKK rispettando un preavviso di un mese, per la fine del mese che precede l'entrata in vigore dei nuovi premi.

In entrambi i casi è determinante la data di ricezione della disdetta presso ÖKK.

Nei confronti di ÖKK, il rapporto assicurativo termina unicamente nel momento in cui il nuovo assicuratore ha comunicato la continuazione senza interruzioni della copertura assicurativa a favore della persona assicurata.

2.7.3. Conseguenze dell'annullamento dell'assicurazione

Dopo l'annullamento dell'assicurazione non sussiste, a parte le prestazioni assicurative ancora aperte, alcun diritto di pretesa verso ÖKK.

La persona assicurata dovrà comunque rispondere di eventuali obblighi finanziari verso ÖKK.

3. Prestazioni

3.1. Condizioni generali sulle prestazioni

3.1.1. Diritto di pretesa

Il diritto di pretesa permane nel corso della durata dell'assicurazione.

3.1.2. Prestazioni in caso di malattia, infortunio, infermità congenita, maternità

ÖKK BASE copre i costi diagnostici e terapeutici di malattie, infortuni, infermità congenita e maternità.

Le prestazioni comprendono nello specifico:

- controlli medici e chiropratici, trattamenti e provvedimenti terapeutici;
- farmaci, analisi e mezzi ausiliari prescritti dal medico;
- misure preventive mediche o prescritte dal medico;
- degenze ospedaliere standard;
- provvedimenti medici di riabilitazione;
- misure terapeutiche in casa di cura;
- prestazioni terapeutiche esterne all'ospedale;
- cure termali prescritte dal medico;
- spese di salvataggio e di trasporto, indispensabili per ragioni mediche;
- cure odontoiatriche;
- prestazioni per maternità.

3.1.3. Prestazioni all'estero

ÖKK BASE copre prestazioni per le cure all'estero in casi d'emergenza. Per trattamenti in un Paese UE, ÖKK BASE si assume i costi secondo le tariffe delle assicurazioni sociali vigenti nella rispettiva nazione. Nelle altre nazioni, ÖKK BASE corrisponde fino al doppio dell'importo delle tariffe vigenti nel domicilio svizzero.

Secondo le condizioni dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone, persone soggette all'obbligo assicurativo residenti in uno stato membro dell'UE possono farsi curare nella loro nazione di residenza.

3.1.4. Condizioni per le prestazioni

ÖKK BASE si assume le spese per prestazioni efficaci, opportune ed economiche. Vengono considerate economiche prestazioni commisurate all'interesse della persona assicurata e necessarie alla sua cura.

ÖKK può convenire con i fornitori di prestazioni provvedimenti finalizzati a garantire ai propri assicurati i trattamenti più efficaci, opportuni ed economici.

3.1.5. Fatturazione, rimborso

La persona assicurata deve al fornitore di prestazioni le prestazioni fatturate qualora tra ÖKK e il fornitore di prestazione non avvenga un conteggio diretto.

Se la persona assicurata richiede un rimborso a ÖKK, deve farlo inoltrando fatture e ricette. Dopo verifica del diritto alla prestazione ÖKK rimborsa la persona assicurata importo della fattura detraendo la partecipazione ai costi.

La persona assicurata può sottoporre a ÖKK le fatture per una verifica prima del pagamento.

3.1.6. Obblighi di collaborazione

La persona assicurata si adopera in ogni modo per favorire la propria guarigione e tralascia tutto ciò che la potrebbe inutilmente protrarre. Egli è in particolar modo tenuto ad attenersi alle prescrizioni del personale medico. Nell'ambito delle misure

accompagnatorie di ÖKK, la persona assicurata sostiene inoltre l'operato dei consulenti sanitari, fornendo loro tutte le indispensabili informazioni. Se per la valutazione del caso risultano indispensabili e ragionevolmente esigibili esami medici o specialistici, la persona assicurata vi si deve sottoporre.

La persona assicurata fornisce gratuitamente a ÖKK tutte le indispensabili informazioni necessarie al chiarimento del diritto ed alla determinazione delle prestazioni assicurative. In particolar modo la persona assicurata è tenuto ad informare in merito a qualsiasi prestazione di terzi in relazione a malattia, infortunio o invalidità.

La persona assicurata è nel singolo caso tenuto ad autorizzare tutte le persone e gli uffici, segnatamente datori di lavoro, medici, assicurazioni e autorità, a rilasciare quelle informazioni indispensabili a stabilire il diritto alle prestazioni, quantunque tali persone o uffici interessati non siano già di per sé per legge obbligati al rilascio d'informazioni.

Su richiesta la persona assicurata deve lasciarsi visitare da un secondo medico o dal medico di fiducia di ÖKK. Le rispettive spese sono a carico di ÖKK.

La persona assicurata è tenuta a notificare a ÖKK ogni evento infortunistico entro dieci giorni dall'accaduto, trasmettendo tutte le informazioni attinenti al caso.

Se, in maniera ingiustificata, la persona assicurata non ottempera al proprio obbligo d'informazione o di collaborazione, ÖKK ha la facoltà di decidere in base agli atti oppure di non entrare in merito alla richiesta di prestazioni.

3.2. Cura ambulatoriale

3.2.1. Durata delle prestazioni

In caso di cura ambulatoriale le prestazioni vengono accordate secondo la LAMal per un periodo di tempo indeterminato.

3.2.2. Fornitori di prestazioni

Fornitori di prestazioni riconosciuti sono nello specifico:

- dottori;
- farmacisti;
- chiropratici;
- ostetriche;
- laboratori;
- uffici di distribuzione di mezzi e strumenti;
- fisioterapeuti;
- ergoterapeuti;
- infermieri;
- logopedisti.

3.2.3. Entità delle prestazioni

ÖKK BASE si assume le spese per le cure ambulatoriali secondo i contratti e le tariffe vigenti nel luogo di domicilio e di lavoro della persona assicurata.

ÖKK BASE si assume le spese per le cure mediche ambulatoriali necessarie fuori dal luogo di domicilio e di lavoro della persona assicurata secondo i contratti e le tariffe vigenti nel luogo in cui sono state prestate le cure.

3.2.4. Scelta del fornitore di prestazioni

La persona assicurata può scegliere liberamente tra i fornitori di prestazioni autorizzati ai sensi della LAMal.

Le prestazioni vengono calcolate in base ai contratti e alle tariffe pattuiti tra fornitori di prestazioni e ÖKK.

3.2.5. Medicinali

ÖKK BASE assume le spese per i medicinali prescritti dal medico ai sensi della lista con tariffa dei medicinali riconosciuti (LMT) e nella lista delle specialità (LS) del Dipartimento federale degli Interni (DFI).

3.2.6. Analisi

ÖKK BASE assume le spese per le analisi prescritte dal medico per diagnosi e terapie, a condizione che siano previste nelle lista d'analisi (LA) del DFI e che vengano eseguite da un farmacista o da un laboratorio.

3.2.7. Mezzi ausiliari

ÖKK BASE assume le spese per i mezzi e gli apparecchi riportati nell'Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp).

3.2.8. Medicina alternativa

ÖKK BASE assume le spese di trattamenti di medicina alternativa ai sensi dell'Ordinanza sulle prestazioni (OPre).

3.2.9. Prevenzione medica

ÖKK BASE assume le spese per visite o misure di prevenzione prescritte da un medico secondo l'OPre nello specifico per vaccinazioni infantili e visite ginecologiche preventive.

3.3. Cura stazionaria

3.3.1. Ospedale

ÖKK BASE assume le spese per trattamenti stazionari acuti e riabilitazione medica conformemente ai parametri standard del reparto ospedaliero comune.

La persona assicurata può scegliere un ospedale in Svizzera che sia riportato in una delle liste degli ospedali di un Cantone (ospedale della lista).

ÖKK BASE assume le spese fino all'ammontare della tariffa vigente in un ospedale della lista nel Cantone di residenza.

ÖKK BASE assume le spese in caso di trattamenti medici necessari e di emergenza fino all'ammontare della tariffa valida in un ospedale della lista del Cantone di ubicazione.

ÖKK assume le spese in caso di trattamento in reparto semi-privato o privato di un ospedale della lista fino all'ammontare della tariffa valida nel reparto comune di un ospedale della lista nel Cantone di residenza.

3.3.2. Garanzia di assunzione dei costi, fatturazione

ÖKK accorda alla persona assicurata una garanzia di assunzione dei costi delle prestazioni a cui ha diritto in caso di relativa diagnosi.

3.4. Prestazioni di cura

ÖKK BASE assume le spese per prestazioni di cura ambulatoriali prescritte dal medico fornite a domicilio da organizzazioni o personale infermieristico riconosciuti esterni alla struttura ospedaliera.

ÖKK BASE assume le spese per prestazioni di cura prescritte dal medico fornite in case di cura riconosciute ai sensi dell'art. 39 cpv. 3 LAMal.

3.5. Cure termali

ÖKK BASE contribuisce con CHF 10 al giorno per 21 giorni alle spese di cure termali prescritte dal medico. La persona assicurata scegliere tra gli stabilimenti termali svizzeri riconosciuti a conduzione medica.

ÖKK BASE versa il contributo anche se la persona assicurata non soggiorna presso la località termale.

La prescrizione medica e la diagnosi vanno inoltrate a ÖKK due settimane prima dell'inizio della cura.

In caso di interruzione della cura, ÖKK BASE copre le spese parziali solo se l'interruzione è causata da malattia o da altri motivi imperativi, su esibizione del relativo certificato medico.

3.6. Spese di trasporto e di salvataggio

ÖKK BASE copre il 50% delle spese di un trasporto necessario da un punto di vista medico, fino ad un massimo di CHF 500 per anno civile.

ÖKK BASE copre il 50% delle spese di salvataggio, fino ad un massimo di CHF 5000 per anno civile.

3.7. Cure dentarie

ÖKK BASE si assume le spese per cure dentarie provocate da malattie gravi o infortuni ai sensi dell'OPre.

ÖKK BASE si assume le spese in base agli accordi contrattuali e tariffali a condizione che il dentista sia autorizzato al trattamento ai sensi della LAMal e che presenti diagnosi, piano di trattamento e preventivo.

3.8. Maternità

3.8.1. Entità delle prestazioni

Durante la gravidanza e in relazione al parto, ÖKK garantisce le stesse prestazioni come per la malattia. Per la gravidanza e per le prime 10 settimane dopo il parto, ÖKK BASE assume le spese per le visite di controllo eseguite da parte di dottori o levatrici oppure le visite di controllo necessarie prescritte dal medico. Senza speciali indicazioni vengono assunte le spese per al massimo sette visite durante la gravidanza nonché un controllo dopo aver partorito.

ÖKK BASE si assume le spese per un parto in casa propria, in ospedale o in una casa natale secondo gli accordi contrattuali e tariffali.

3.8.2. Spese di cura dei bambini

La copertura di ÖKK BASE della madre si assume le spese di cura del figlio fino alla fine del soggiorno ospedaliero di entrambi, a condizione che il bambino venga successivamente assicurato presso ÖKK.

3.8.3. Preparazione al parto e assistenza di allattamento

ÖKK BASE versa un contributo massimo di CHF 100 per un corso di preparazione al parto e rimborsa le spese fino a un massimo di tre assistenze di allattamento.

3.9. Limitazioni delle prestazioni

3.9.1. Riduzione o limitazione di prestazioni

Nessun diritto alle prestazioni sussiste allorché i trattamenti di malattie o conseguenze infortunistiche sono a carico di un'altra assicurazione o di terzi.

Le prestazioni possono temporaneamente o durevolmente essere ridotte o in casi particolarmente gravi rifiutate, se la persona assicurata non si sottopone o si oppone ad un trattamento ragionevolmente esigibile oppure se volutamente non lo rende possibile. La persona assicurata va preventivamente ammonito per iscritto e reso attento sul fatto che le prestazioni possono essere ridotte o completamente rifiutate.

3.9.2. Fatturazione maggiorata e cura non economica
In caso di fatturazione maggiorata o di cura non economica ÖKK può rifiutare o ridurre le proprie prestazioni. Essa può far dipendere il proprio pagamento dalla cessione della richiesta di riduzione. Prestazioni già fornite possono essere richiamate presso il fornitore di prestazioni da parte di ÖKK o dalla persona assicurata.

3.9.3. Obbligo di rimborso
ÖKK può fare richiesta di rimborso per le prestazioni fornite per errore.

3.10. Prestazioni di terzi, sovrindennizzo

3.10.1. Prestazioni di terzi
Se, in caso di malattia o di infortunio, risulti per legge, contratto o colpa responsabile un terzo, le pretese della persona assicurata nei confronti del terzo transitano ad ÖKK nella misura delle prestazioni fornite. In caso di più responsabili, per le pretese di rivalsa di ÖKK, gli stessi sono garanti in maniera solidale.

In caso siano altre assicurazioni sociali a dover garantire le prestazioni, ÖKK è obbligata a fornire prestazioni anticipatamente.

3.10.2. Sovrindennizzo
Le prestazioni erogate da assicurazioni sociali o da altri fornitori di prestazioni non possono superare l'ammontare dei costi del caso che derivano alla persona assicurata.

In caso di sovraindennizzo, ÖKK riduce le proprie prestazioni.

4. ÖKK BASE CASAMED

4.1. Scopo

ÖKK BASE CASAMED è una forma particolare di ÖKK BASE. La scelta del fornitore è limitata.

4.2. Principio

ÖKK definisce i medici di famiglia cui affidare la cura della persona assicurata (principio del medico di famiglia).

Le istituzioni telemediche possono essere riconosciute da ÖKK come medici di famiglia.

Cambiare medico di famiglia è possibile: è necessario tuttavia comunicarlo alla persona assicurata o all'assicuratore. La relativa cartella medica verrà inoltrata al nuovo medico di famiglia.

ÖKK è autorizzata a limitare la scelta di dottori, terapisti e altri fornitori di prestazioni come strutture ospedaliere, farmacie e centri sanitari.

ÖKK può inoltre definire per trattamenti presso pediatri un limite d'età.

ÖKK BASE CASAMED si assume le spese della prestazione se questa è ordinata, prestata o prescritta alla persona assicurata dal medico di famiglia. In mancanza di un rinvio da parte del medico di famiglia la prestazione può essere ridotta. Spese preventivate dai fornitori di prestazioni ai quali il medico di famiglia ha indirizzato la persona assicurata devono essere autorizzate dallo stesso medico di famiglia.

ÖKK BASE CASAMED non copre alcuna spesa se la prestazione non viene fornita da un fornitore di prestazioni che non figuri tra quelli a scelta. In tal caso è la persona assicurata a dover coprire le spese.

In caso di recidiva, ÖKK può assegnare la persona assicurata alla copertura ÖKK BASE.

Nel caso la cura da parte del medico di famiglia competente non possa essere garantita perché la persona assicurata non trovasse in loco per lungo tempo, ÖKK può procedere a un'assegnazione immediata a ÖKK BASE.

4.3. Eccezioni

ÖKK BASE CASAMED si assume le spese per le cure di routine presso oculisti, ginecologi e pediatri senza previo consulto del medico di famiglia.

ÖKK BASE CASAMED, in caso di emergenza, copre le spese delle prestazioni senza limite di scelta di medici e fornitori di prestazioni. La persona assicurata è tenuta tuttavia ad informare il suo medico di famiglia in merito al caso urgente entro 20 giorni.

Resta riservata una verifica da parte del medico di fiducia relativa all'indicazione medica.

5. ÖKK BASE ECOPIANO

5.1. Scopo

ÖKK BASE ECOPIANO è una forma particolare di ÖKK BASE. La scelta tra le strutture ospedaliere è limitata.

5.2. Principio

ÖKK definisce le strutture ospedaliere cui affidare la cura della persona assicurata.

ÖKK BASE ECOPIANO non copre alcuna spesa se la prestazione non viene fornita da un ospedale che non figuri tra quelli a scelta. In tal caso è la persona assicurata a dover coprire le spese.

In caso di recidiva, ÖKK può assegnare la persona assicurata alla copertura ÖKK BASE.

Nel caso la cura da parte dell'ospedale competente non possa essere garantita perché la persona assicurata non trovasse in loco per lungo tempo, ÖKK può procedere a un'assegnazione immediata a ÖKK BASE.

5.3. Eccezioni

ÖKK BASE ECOPIANO si assume le spese per cure non prestate da un ospedale ECOPIANO.

ÖKK BASE ECOPIANO, in caso di emergenza, copre le spese senza limite di scelta dell'ospedale. Resta riservata una verifica da parte del medico di fiducia relativa all'indicazione medica.

6. Partecipazione alle spese

6.1. Partecipazione alle spese ordinaria

6.1.1. Franchigia e partecipazione individuale
La persona assicurata partecipa con una franchigia e una partecipazione individuale ai costi delle prestazioni a lui corrisposte. La franchigia ammonta a CHF 300 per anno civile per adulti, mentre decade per i bambini.

La partecipazione individuale è pari al 10% delle prestazioni eccedenti la franchigia, per un massimo per anno civile di CHF 700 per adulti e CHF 350 per bambini.

La partecipazione ai costi di tutti i figli di una famiglia assicurata con ÖKK BASE è limitata a CHF 1'000 per anno civile. In caso di maternità la partecipazione ai costi decade.

6.1.2. Partecipazione individuale per medicinali

La persona assicurata partecipa all'acquisto di un medicinale assumendosi il 10% dei costi. Per i preparati originali, che sono fondamentalmente più costosi rispetto ai farmaci con una stessa composizione di sostanze attive, la persona assicurata si assume una partecipazione del 20%. I dettagli sono regolamentati dall'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione delle cure medicosanitarie (OPre).

6.1.3. Contributo ospedaliero

La persona assicurata partecipa con un contributo di CHF 15 al giorno ai costi del ricovero ospedaliero.

Sono esonerati dal versare tale contributo i minorenni, i giovani fino a 25 anni se in formazione e le donne in maternità.

6.2. Franchigia opzionale

La persona assicurata può optare, al posto di una franchigia ordinaria, per una franchigia dall'importo più elevato:

Adulti	CHF	500.-
	CHF	1'000.-
	CHF	1'500.-
	CHF	2'000.-
	CHF	2'500.-
Minorenni	CHF	200.-
	CHF	400.-
	CHF	600.-

Singole franchigie facoltative non vengono offerte in tutte le forme assicurative.

La partecipazione ai costi di tutti i bambini di una famiglia assicurati con ÖKK BASE è limitata al doppio della partecipazione ai costi (franchigia opzionale e partecipazione individuale) di un bambino.

Se i bambini hanno franchigie opzionali diverse, la partecipazione ai costi di tutti i bambini di una famiglia assicurati con ÖKK BASE si calcola in base alla franchigia più elevata.

7. Premio

7.1. Stabilire il premio

ÖKK stabilisce i premi. Possono essere classificati in base alle differenze dei costi cantonali e regionali.

7.2. Premi ridotti

I premi ridotti valgono per assicurati

- fino al compimento del 18esimo anno di età
- fino al compimento del 25esimo anno di età
- in caso di sospensione della copertura d'infortunio
- con franchigia opzionale
- con ÖKK BASE CASAMED;
- con ÖKK BASE ECOPIANO.

7.3. Riduzione dei premi

La riduzione dei premi individuale è regolamentata dall'art. 65 LAMal.

7.4. Esenzione dei premi durante servizio militare o civile

Sono esonerati dal pagamento del premio, per la durata del servizio, persone assicurate soggette all'assicurazione militare (AM) che prestano servizio per più di 60 giorni consecutivi.

7.5. Contributi extra

Per periodi di eccessivo sollecito, ÖKK può riscuotere un contributo extra.

7.6. Pagamento

7.6.1. Scadenza e periodo di pagamento

Il premio va pagato in anticipo. Il periodo di pagamento più breve è il mese civile. Il premio va versato senza interruzioni anche in caso di malattia, infortunio, incapacità lavorativa o di esaurimento del diritto di pretesa. Se l'assicurazione decorre o termina nel corso del mese, deve comunque essere versato l'intero premio mensile.

7.6.2. Mora

Se la persona assicurata non versa premi o partecipazioni ai costi arretrati dopo sollecito scritto, ÖKK inoltra una diffida. In essa ÖKK stabilisce una scadenza supplementare di trenta giorni avvisando la persona assicurata sulle conseguenze di un ritardo dei pagamenti. Se la persona assicurata non paga entro il termine stabilito i premi, la partecipazione ai costi e gli interessi di mora nonostante la diffida, ÖKK avvia la procedura di esecuzione.

Fino a quando la persona assicurata non avrà saldato i premi, la partecipazione ai costi e gli interessi di mora in arretrato non potrà cambiare assicuratore.

7.6.3. Costituzione in pegno e cessione

I crediti nei confronti di ÖKK non possono essere costituiti in pegno e sono cedibili unicamente nei casi previsti dalla LAMal.

8. Assicurazione collettiva

8.1. Aspetti generali

ÖKK può sottoscrivere contratti di assicurazione collettiva per gruppi definiti di persone.

8.2. Disposizioni divergenti

Valgono fondamentalmente le stesse prestazioni e gli stessi premi degli assicurati individualmente.

Le condizioni di assicurazione possono differenziarsi dalle presenti CGA. Le condizioni del contratto di assicurazione collettiva precedono le presenti CGA.

Condizioni variabili interessano nello specifico:

- una procedura di affiliazione semplificata;
- altre modalità di pagamento dei premi;
- i partner dell'assicurazione collettiva come debitori di premi;
- la trasmissione dell'obbligo di informazione ai partner dell'assicurazione collettiva;
- diversa procedura nel disbrigo delle prestazioni e della partecipazione ai costi;
- una procedura semplificata per l'esclusione della copertura d'infortunio.

8.3. Passaggio all'assicurazione individuale

Una persona assicurata che esce dalla cerchia delle persone comprese nel contratto collettivo o a cui scade il contratto collettivo, continua ad essere coperto dall'assicurazione individuale.

9. Parte legale

9.1. Decisione formale

Se una persona assicurata o un richiedente non si ritiene d'accordo con una decisione, ÖKK rilascia su richiesta entro 30 giorni una decisione scritta e motivata con indicazione dei rimedi giuridici.

9.2. Ricorso

Contro questa decisione formale si può inoltrare ricorso alla ÖKK entro 30 giorni dalla data della consegna della decisione formale. ÖKK esamina il ricorso e rilascia per iscritto una decisione motivata con indicazione delle possibilità di ricorso.

9.3. Tribunale cantonale delle assicurazioni

Contro decisioni su opposizione può essere presentato ricorso al Tribunale cantonale delle assicurazioni entro 30 giorni dalla notifica della decisione su opposizione.

È legittimato al ricorso unicamente chi è colpito dalla decisione impugnata o dalla decisione su opposizione e dimostra di avere un legittimo interesse alla sua respinta o alla sua modifica.

Nel merito è competente il Tribunale delle assicurazioni di quel cantone in cui la persona assicurata o il terzo ricorrente ha il proprio domicilio. Il Tribunale delle assicurazioni può pure essere adito allorquando ÖKK non rilascia nessuna decisione formale o nessuna decisione su opposizione entro i termini legali.

Se il domicilio della persona assicurata o del terzo ricorrente si trova all'estero, è competente il Tribunale delle assicurazioni di quel cantone in cui si trovava il suo ultimo domicilio svizzero oppure la sede suo ultimo datore di lavoro in Svizzera. Non essendo accertabile nessun luogo, è competente il Tribunale delle assicurazioni del luogo dove ÖKK ha la propria sede.

9.4. Passaggio in giudicato

Il decreto o la decisione di ricorso della ÖKK passa in giudicato se non è stata impugnata nel termine previsto o, se respinto il ricorso, la decisione di rigetto è cresciuta in giudicato.

Le decisioni giuridiche riguardanti pagamenti in denaro sono parificabili a sentenze giuridiche esecutorie ai sensi dell'art. 80 della legge sull'esecuzione e fallimenti.

9.5. Protezione giuridica

In caso di controversie concernenti l'onorario da parte della persona assicurata con il personale medico ai sensi della LAMal, ÖKK può su richiesta della persona assicurata, assumere la rappresentanza a proprie spese davanti ai tribunali competenti, nel limite che la causa legale non sia già scontata in partenza.

10. Disposizioni finali

10.1. Modifiche

Cambiamenti di queste CGA vengono comunicati alla persona assicurata mediante comunicazione scritta, nel giornale degli assicurati o mediante pubblicazione ufficiale.

10.2. Entrata in vigore

Queste CGA entrano in vigore in data 1.1.2012 e sostituiscono quelle del 1.1.2011.

Condizioni comuni

ÖKK Versicherungen AG, Edizione 1.1.2012

Indice

1. Condizioni di base dell'assicurazione

- 1.1. Principio
- 1.2. Garante assicurativo
- 1.3. Oggetto dell'assicurazione
- 1.4. Condizioni generali assicurative (CGA)
- 1.5. Condizioni per l'assicurazione collettiva
- 1.6. Legge sul contratto assicurativo

2. Assicurazioni

- 2.1. Varianti assicurative proposte
- 2.2. Modifiche delle categorie assicurative
- 2.3. Categorie assicurative scelte

3. Persone assicurate

- 3.1. Assicurazione individuale
- 3.2. Assicurazione collettiva

4. Inizio e durata dell'assicurazione

- 4.1. Procedura di conclusione assicurativa
 - 4.1.1. Domanda di affiliazione
 - 4.1.2. Obbligo d'informazione
 - 4.1.3. Documenti
 - 4.1.4. Diritto di revoca
- 4.2. Inizio dell'affiliazione
- 4.3. Durata dell'affiliazione
 - 4.3.1. Aspetti generali
 - 4.3.2. Durata assicurativa prolungata
 - 4.3.3. Momento di sottoscrizione dell'assicurazione
 - 4.3.4. Rinnovo dell'assicurazione
- 4.4. Modifica dell'assicurazione
 - 4.4.1. Modifica da parte della persona assicurata
 - 4.4.2. Modifica da parte dell'assicuratore
- 4.5. Sospensione dell'assicurazione
 - 4.5.1. Condizioni
 - 4.5.2. Durata e entità della sospensione

5. Fine dell'assicurazione

- 5.1. Disdetta da parte del contraente
 - 5.1.1. Disdetta ordinaria
 - 5.1.2. Disdetta in caso di sinistro
 - 5.1.3. Diritto di passaggio in caso di disdetta del contratto collettivo

- 5.2. Rinuncia alla disdetta da parte dell'assicuratore
- 5.3. Altri motivi di annullamento

6. Prestazioni

- 6.1. Definizioni dei termini
 - 6.1.1. Malattia
 - 6.1.2. Infortunio
 - 6.1.3. Maternità
- 6.2. Ambito di prestazioni
 - 6.2.1. Ambito di prestazioni locale
 - 6.2.2. Ambito di prestazioni temporale
- 6.3. Prestazioni assicurate
 - 6.3.1. Volume delle prestazioni
 - 6.3.2. Economia della cura
 - 6.3.3. Cure da parte di persone mediche riconosciute
- 6.4. Limitazioni delle prestazioni
 - 6.4.1. Malattie e infortuni esistenti
 - 6.4.2. Esclusione delle prestazioni
 - 6.4.3. Limitazioni delle prestazioni

7. Obblighi di partecipazione in caso di malattia e infortunio

- 7.1. Obbligo di notifica
- 7.2. Riduzione del danno
- 7.3. Obbligo d'informazione

8. Premi e pagamenti

- 8.1. Determinazione dei premi
 - 8.1.1. Aspetti generali
 - 8.1.2. Ammontare dei premi
 - 8.1.3. Sconti sui premi ed esonero dal pagamento dei premi
- 8.2. Adeguamento delle tariffe dei premi e della partecipazione alle spese
- 8.3. Pagamento dei premi
 - 8.3.1. Scadenza
 - 8.3.2. Mora nel pagamento
- 8.4. Partecipazione alle eccedenze
 - 8.4.1. Principio
 - 8.4.2. Condizioni
 - 8.4.3. Liquidazione
- 8.5. Ribasso per assenza di prestazioni (RAP)
 - 8.5.1. Principio
 - 8.5.2. Categorie con ribasso assenza prestazioni
 - 8.5.3. Periodo di osservazione
 - 8.5.4. Gradi di ribasso
 - 8.5.5. Adeguamento di grado per assenza di prestazioni

- 8.5.6. Adeguamento di grado per il percepimento delle prestazioni
- 8.5.7. Prestazioni di maternità
- 8.5.8. Assicurazione superiore
- 8.6. Altre condizioni di pagamento
- 8.6.1. Compensazione
- 8.6.2. Pignoramento e cessione
- 8.6.3. Pagamento delle prestazioni
- 8.6.4. Prescrizione

9. Prestazioni di terzi

- 9.1. Sussidiarietà
- 9.1.1. Aspetti generali
- 9.1.2. Prestazioni di enti pubblici
- 9.1.3. Assicurazione multipla
- 9.1.4. Rinuncia alle prestazioni
- 9.2. Assicurazioni sociali
- 9.3. Prestazioni anticipate e rivalsa
- 9.4. Sovrassicurazione

10. Protezione dati

- 10.1. Fondamenti giuridici
- 10.2. Scopo di disbrigo
- 10.3. Inoltro dei dati a terzi per relativa elaborazione
- 10.4. Conservazione dei dati

11. Comunicazioni

12. Foro competente

1. Condizioni di base dell'assicurazione

1.1. Principio

In complemento all'assicurazione contro le malattie in base alla LAMal vengono offerte nel quadro di queste condizioni generali assicurative per le assicurazioni complementari ed altre assicurazioni.

1.2. Garante assicurativo

ÖKK Versicherungen AG, Landquart, (assicuratore) è il garante assicurativo.

Garante assicurativo dell'assicurazione di protezione giuridica per pazienti ÖKK PROTECT è la Coop Rechtsschutz AG, Aarau.

Garante assicurativo di ÖKK Capitale di rischio in caso di decesso o invalidità in seguito a infortunio è la SOLIDA Versicherungen AG, Zurigo.

Garante assicurativo di ÖKK Capitale di rischio in caso di decesso o invalidità in seguito a malattia è la Schweizerische National Leben AG, Bottmingen.

La cassa malati intermediaria è la cassa malati (in seguito Cassa) indicata nella polizza d'assicurazione.

1.3. Oggetto dell'assicurazione

Sono assicurate le conseguenze finanziarie a seguito di malattia, infortunio e maternità durante l'intero periodo per il quale è sottoscritta l'affiliazione.

Se previsto nelle condizioni delle singole categorie assicurative, la copertura d'infortunio può essere esclusa.

1.4. Condizioni generali assicurative (CGA)

Le CGA regolano il rapporto assicurativo, a meno che nel contratto individuale non siano pattuite condizioni particolari.

Le condizioni comuni delle CGA valgono per tutte le altre categorie assicurative menzionate in seguito. Le singole modalità sulle prestazioni vengono trattate nelle condizioni delle singole categorie assicurative. Se le singole categorie assicurative differiscono dalle condizioni comuni, prevalgono le condizioni delle singole categorie assicurative.

1.5. Condizioni per l'assicurazione collettiva

Le CGA si applicano altresì alle assicurazioni collettive per spese di cura sanitaria. In ogni singolo contratto collettivo possono essere accordate delle condizioni opzionali in particolare concernenti l'ammissione, il volume delle prestazioni, la fissazione dei premi, la durata assicurativa, la disdetta nonché la suddivisione dei diritti e degli obblighi tra l'assicurato contraente di assicurazione e la persona assicurata.

Le condizioni nel contratto collettivo prevalgono sulle condizioni generali assicurative.

1.6. Legge sul contratto assicurativo

Se nelle condizioni contrattuali non sono definite delle regolamentazioni differenti, valgono le condizioni della legge federale sul contratto assicurativo del 2 aprile 1908.

2. Assicurazioni

2.1. Varianti assicurative proposte

Le diverse assicurazioni secondo le presenti CGA sono:

- ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE
e ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA
- ÖKK OPTIMA
- ÖKK PREMIUM
- ÖKK COMBI: COMUNE, CONFORT, FLEX, SEMIPRIVATA, PRIVATA, PRIVATA INFORTUNI, GLOBAL
- ÖKK FAMILY
- ÖKK FAMILY FLEX
- ÖKK SALTO
- ÖKK MONDIAL
- ÖKK DENTAL
- ÖKK TOURIST
- ÖKK PROTECT
- ÖKK Capitale di rischio in caso di decesso o invalidità in seguito a infortunio
- ÖKK Capitale di rischio in caso di decesso o invalidità in seguito a malattia
- ÖKK COMPENSA
- ÖKK INDENNITÀ GIORNALIERA AGA

Singole assicurazioni sono comprese anche nelle varianti CASAMED e/o ECOPIANO.

2.2. Modifiche delle categorie assicurative

Le categorie assicurative possono, con mantenimento dello stato patrimoniale, essere adattate, completate oppure ripartite dall'assicuratore secondo le esigenze mutate.

2.3. Categorie assicurative scelte

Le categorie assicurative sottoscritte vengono fissate nella polizza assicurativa. Anche le condizioni o gli accordi particolari che differiscono dalle condizioni generali assicurative sono compresi nella polizza assicurativa.

3. Persone assicurate

3.1. Assicurazione individuale

Sono assicurate le persone elencate nella polizza assicurativa.

3.2. Assicurazione collettiva

Nel contratto collettivo viene definito il giro delle persone assicurate cioè assicurabili.

Sono assicurate le persone oppure i gruppi di persone nominati nella polizza assicurativa.

4. Inizio e durata dell'assicurazione

4.1. Procedura di conclusione assicurativa

4.1.1. Domanda di affiliazione

La richiesta di ammissione avviene per iscritto con il formulario prestampato della Cassa. Alle domande esposte sul formulario bisogna rispondere e in modo completo e veritiero.

Per le persone interdette (non capaci di agire), la richiesta d'ammissione deve essere compilata dal loro rappresentante legale.

4.1.2. Obbligo d'informazione

Se nel momento della richiesta vengono date delle indicazioni non corrette oppure non complete, l'assicuratore può procedere alla risoluzione del contratto entro quattro settimane dal momento in cui è venuto a conoscenza della reticenza.

In caso di risoluzione del contratto cessa anche l'obbligo di prestazione dell'assicuratore per sinistri già verificatisi, il cui insorgere o la cui dimensione sono stati influenzati da fatti rilevanti non notificati correttamente oppure non notificati affatto. Nella misura in cui l'obbligo di prestazione è stato già adempiuto, l'assicuratore ha diritto a essere rimborsato.

Con la richiesta di ammissione il richiedente autorizza la Cassa a raccogliere informazioni necessarie per l'ammissione e la chiarificazione di un obbligo futuro di prestazioni, dal personale medico come pure da altri assicuratori.

La Cassa può richiedere un certificato medico o una visita da parte del medico di fiducia. Le spese sono a carico della Cassa.

Il/la contraente deve indicare tutte le informazioni necessarie sulla persona assicurata.

4.1.3. Documenti

Dopo l'ammissione il/la contraente riceve:

- la polizza assicurativa
- le condizioni generali di assicurazione per le assicurazioni complementari (CGA)

4.1.4. Diritto di revoca

E' possibile ritirare la domanda d'affiliazione entro un termine di 14 giorni dalla sottoscrizione. Dopo il rilascio della dichiarazione di revoca cessano tutti gli obblighi dell'assicuratore.

Se il contenuto della polizza assicurativa o delle aggiunte alla stessa non dovesse coincidere con gli accordi pattuiti, il/la contraente di assicurazione è tenuto/a a richiederne la correzione entro un termine di quattro settimane dopo la ricevuta del certificato, in caso contrario il contenuto viene considerato come approvato da parte della persona contraente.

4.2. Inizio dell'affiliazione

L'affiliazione entra in vigore alla data confermata sulla polizza assicurativa.

4.3. Durata dell'affiliazione

4.3.1. Aspetti generali

L'assicurazione dura di volta in volta per un anno civile, ossia dall'1 gennaio al 31 dicembre.

4.3.2. Durata assicurativa prolungata

In caso di conclusione dell'assicurazione per una durata di almeno tre anni civili completi, può essere accordato uno sconto.

4.3.3. Momento di sottoscrizione dell'assicurazione

E' possibile sottoscrivere l'assicurazione in qualsiasi momento anche durante l'anno civile. Il premio si regola in base alla durata assicurativa rimanente.

4.3.4. Rinnovo dell'assicurazione

Dopo ogni scadenza d'anno il contratto assicurativo si rinnova tacitamente per un ulteriore anno, se non viene disdetto dal/dalla contraente d'assicurazione entro i termini ordinari prescritti.

4.4. Modifica dell'assicurazione

4.4.1. Modifica da parte della persona assicurata

Richieste di modifica del contratto assicurativo con una copertura maggiore, cioè domande per le quali viene esatta una dichiarazione salutare, vengono considerate come una domanda di un nuovo contratto assicurativo.

In caso di riduzione della copertura assicurativa valgono le condizioni di disdetta.

4.4.2. Modifica da parte dell'assicuratore

Se dopo la sottoscrizione d'affiliazione si dovessero verificare delle notevoli modifiche nelle condizioni di base per l'assicurazione delle conseguenze finanziarie in caso di malattia, maternità e infortunio, come ad esempio l'aumento del numero di persone mediche oppure nuove categorie di personale medico, ampliamento dell'offerta di prestazioni mediche, introduzione di nuove forme terapeutiche costose oppure medicinali e sviluppi simili, oppure modifiche nella legislazione dell'assicurazione sociale, l'assicuratore è autorizzato a adattare le condizioni assicurative.

Queste nuove condizioni assicurative verranno comunicate al/alla contraente 30 giorni prima dell'entrata in vigore. Il/la contraente ha il diritto di ritirarsi dalle categorie assicurative relative entro 30 giorni dalla comunicazione della data di modifica assicurativa. Se da parte del/della contraente non segue una disdetta, significa che le nuove condizioni contrattuali vengono accettate.

4.5. Sospensione dell'assicurazione

4.5.1. Condizioni

La cessazione dell'affiliazione può essere richiesta in tutte o nelle singole categorie assicurative, a condizione che possa essere dimostrata l'esistenza di un'altra copertura assicurativa.

Per l'accordo di una cessazione vale lo stesso procedimento come per un'ammissione. Durante la cessazione viene riscosso un premio ridotto.

4.5.2. Durata e entità della sospensione

La sospensione decorre in seguito alla richiesta, al più presto all'inizio del mese dopo la dichiarazione del motivo della sospensione.

Per la sospensione deve essere posta domanda minimo tre mesi prima e può essere concordata per una durata di al massimo sei anni. Esiste la possibilità di richiesta di ulteriore prolungamento della sospensione. Se l'assicuratore non può approvare un prolungamento, il contratto termina.

In caso di soggiorno all'estero deve essere indicato un indirizzo in Svizzera.

Se viene meno il motivo della sospensione, la protezione assicurativa si riattiva completamente, se richiesto entro 30 giorni. Se la protezione assicurativa non viene riattivata entro il termine, l'assicurazione decade automaticamente.

5. Fine dell'assicurazione

5.1. Disdetta da parte del contraente

5.1.1. Disdetta ordinaria

L'uscita dall'assicurazione o dalla categoria assicurativa può essere dichiarata per iscritto al massimo entro il 30 settembre per il 31 dicembre, fatte salve le condizioni di disdetta differenti nelle singole categorie assicurative.

5.1.2. Disdetta in caso di sinistro

Per ogni caso di sinistro assicurativo per il quale l'assicuratore ha fornito delle prestazioni, il/la contraente d'assicurazione ha la possibilità di dichiarare per iscritto l'uscita dalla rispettiva parte del contratto entro 14 giorni dal momento del pagamento oppure dal momento in cui è venuto/a a conoscenza dell'assunzione di prestazione da parte dell'assicuratore. Il premio è addebitato fino alla fine del contratto.

5.1.3. Diritto di passaggio in caso di disdetta del contratto collettivo

Per persone assicurate la quale assicurazione viene a mancare a causa di una disdetta del contratto collettivo, sussiste il diritto di passaggio in un'assicurazione individuale senza nuova dichiarazione salutare.

Il diritto di passaggio deve essere fatto valere entro 30 giorni dall'annullamento del contratto collettivo.

Non sussiste nessun diritto di passaggio, se il/la contraente d'assicurazione ha sottoscritto per questo giro di persone un contratto collettivo nuovo presso un altro assicuratore.

5.2. Rinuncia alla disdetta da parte dell'assicuratore

L'Assicuratore rinuncia espressamente al proprio diritto legale di disdire il contratto alla scadenza o di recedere dal contratto dopo un sinistro. Resta parimenti riservato il diritto il recesso dal contratto a causa di comportamento contrario ai termini contrattuali.

5.3. Altri motivi di annullamento

L'assicurazione si estingue inoltre nei seguenti casi:

- a) in caso di decesso della persona assicurata
- b) con la partenza per l'estero (ad eccezione dei lavoratori frontalieri e in caso di conclusione di un'assicurazione ÖKK MONDIAL)
- c) in caso di raggiungimento del limite d'età massimo per la copertura assicurativa
- d) in caso di esaurimento definitivo del diritto all'ottenimento per tutte le prestazioni di un comparto assicurativo
- e) se al raggiungimento della durata d'assicurazione massima per l'assicurazione ÖKK MONDIAL o in caso di sospensione, il contratto non viene rinnovato
- f) nei casi previsti dalla legge, in particolar modo in caso di premi scoperti, d'inganno o di considerevole o intenzionale aumento dei rischi da parte del contraente assicurativo o della persona assicurata.

6. Prestazioni

6.1. Definizioni dei termini

6.1.1. Malattia

Come malattia viene considerato ogni danno alla salute fisica o psichica che non è causato da un infortunio e che richiede una visita o una cura medica o che ha come conseguenza l'inabilità al lavoro.

6.1.2. Infortunio

Si considera infortunio l'improvvisa e non intenzionale azione lesiva di uno straordinario fattore esterno sul corpo umano che provoca un danno all'integrità fisica o psichica, oppure il decesso.

Pur mancando l'influsso di uno straordinario fattore esterno, le seguenti lesioni corporee elencate in maniera esaustiva, sono parificate ad infortunio, quantunque non inequivocabilmente riconducibili a malattia o alterazione di natura degenerativa:

- a) fratture
- b) lussazioni di articolazioni
- c) lacerazioni del menisco
- d) lacerazioni muscolari
- e) stiramenti muscolari
- f) lacerazioni dei tendini
- g) lesioni dei legamenti
- h) lesioni del timpano.

Non costituiscono lesioni corporee ai sensi del capoverso precedente i danni non imputabili ad infortunio, causati ad oggetti applicati in seguito a malattia ed in sostituzione di una parte o una funzione corporea.

Sono parimenti considerati infortuni, le malattie professionali che la LAINF riconosce come infortuni.

6.1.3. Maternità

Le prestazioni connesse alla gravidanza ed al parto sono assicurate alla stessa stregua di quelle per la malattia, se al momento del parto, l'assicurazione a favore della madre presso l'Assicuratore è durata almeno 270 giorni, oppure, in caso di assicurazione equivalente presso un altro assicuratore, se l'inoltro della richiesta d'assicurazione presso la Cassa è stata confermata almeno 270 giorni prima del parto.

6.2. Ambito di prestazioni

6.2.1. Ambito di prestazioni locale

L'assicurazione vale fondamentalmente per le prestazioni in Svizzera ed in caso di una cura d'emergenza in tutto il mondo. Hanno la precedenza le condizioni sulla validità locale in base alle condizioni assicurative delle singole categorie assicurative.

Per le frontalieri ed i frontalieri sussiste la protezione assicurativa anche per le prestazioni al loro domicilio.

6.2.2. Ambito di prestazioni temporale

Esiste una pretesa di prestazione per tutta la durata dell'assicurazione. Per le spese che si presentano in seguito all'annullamento dell'affiliazione, non sussiste nessuna pretesa di prestazioni. Determinante è la data di cura oppure il momento dell'usufrutto della prestazione assicurata.

6.3. Prestazioni assicurate

6.3.1. Volume delle prestazioni

Sono assicurate le prestazioni secondo la copertura definita nella polizza assicurativa e in base alle condizioni per le singole categorie assicurative.

6.3.2. Economia della cura

Le cure sono coperte quando sono economiche, efficaci, opportune e medicalmente necessarie. Ciò significa che le spese per le cure mediche vengono assunte se si limitano alla misura che sta nell'interesse della persona assicurata e che è necessaria per lo scopo di cura.

Allo scopo di un'assistenza ottimale dei propri assicurati, ÖKK può convenire con i fornitori di prestazioni autorizzati, dei provvedimenti accompagnatori finalizzati a garantire, mediante migliorata collaborazione e cooperazione tra fornitori di prestazioni e ÖKK,

trattamenti efficaci, opportuni ed economici a favore dei propri assicurati. Nell'attuazione pratica di tali provvedimenti, ÖKK ha la facoltà di avvalersi di un/a consulente sanitario/a.

In caso di evidente fatturazione maggiorata l'assicuratore può rispettivamente ridurre le proprie prestazioni o far dipendere il proprio pagamento dalla cessione della richiesta di riduzione.

6.3.3. Cure da parte di persone mediche riconosciute
Sono assicurate le cure fornite da persone o da istituti medici riconosciuti dalla LAMa. Le prestazioni fornite da altre persone o altri istituti sono assicurate solo se sono previste nelle singole categorie assicurative.

6.4. Limitazioni delle prestazioni

6.4.1. Malattie e infortuni esistenti
In caso di assicurazione di grado superiore, per quelle prestazioni già coperte nella precedente assicurazione, non viene attuata nessuna limitazione nella nuova assicurazione o classe.

L'assicuratore può escludere dalla copertura assicurativa le malattie e le conseguenze di infortuni esistenti oppure che hanno esistito nel momento dell'affiliazione.

La limitazione di copertura viene comunicata alla persona assicurata per iscritto.

6.4.2. Esclusione delle prestazioni
Non esiste nessuna pretesa a prestazioni:

- a) per malattie e conseguenze d'infortuni che esistevano già nel momento dell'affiliazione e che l'assicuratore ha escluso dall'assicurazione
- b) per malattie o conseguenze di infortuni esistenti che durante la dichiarazione d'adesione non sono state comunicate o solo parzialmente
- c) durante un periodo di carenza
- d) nel caso in cui una cura non serve ad eliminare i disturbi alla salute o le conseguenze da essi derivanti. Riserve rimangono per le misure le quali impediscono l'inizio o il peggioramento di un disturbo alla salute nel caso in cui è già presente uno stato di malattia.
- e) per cure eseguite da un fornitore di prestazioni non riconosciuto dall'assicurazione
- f) per cure dentarie nel caso in cui la copertura non è regolata esplicitamente nella categoria assicurativa sottoscritta
- g) in caso di sospensione dell'affiliazione
- h) in caso di pagamento ritardato a partire dal termine d'ammonizione fino al completo pagamento di tutte le prestazioni
- i) in caso di coinvolgimento in fatti bellicosi, rivolte o simili nonché in caso di servizio militare all'estero
- k) per le malattie e gli infortuni conseguenti ad avvenimenti bellicosi che hanno avuto inizio già da più di 14 giorni
- l) per le malattie e gli infortuni conseguenti ad una partecipazione attiva a fatti punibili, liti o altre violenze
- m) per conseguenze di terremoti e altre catastrofi naturali
- n) per danni salutarie in conseguenza a grandi incidenti industriali oppure a danni di energia nucleare
- o) per trapianti di organi per i quali la Federazione svizzera per compiti comunitari delle casse malati (SVK), Soletta, ha accordato

dato degli importi forfettari a seconda dei casi, indipendentemente dal luogo d'esecuzione dei trapianti

p) per partecipazioni alle spese legali ed accordati dell'assicurazione base per la cura medico-sanitaria obbligatoria

q) per malattie epidemiche.

Eventuali ulteriori esclusioni di prestazioni nelle condizioni per le singole categorie assicurative devono essere fissate.

6.4.3. Limitazioni delle prestazioni
Prestazioni possono essere ridotte:

- a) in caso di provocata violazione degli obblighi da parte del/della contraente d'assicurazione oppure della persona assicurata
- b) in caso di colpevolezza nell'attirarsi malattie o farsi coinvolgere in infortuni, in particolare per causa di abuso di alcool, medicinali o altre droghe
- c) per danni salutarie che possono essere ricondotti ad un'impresa rischiosa, cioè quando la persona assicurata si espone ad un grande pericolo senza prendere oppure poter prendere dei provvedimenti che riducono il rischio ad un grado ragionevole. Sono escluse le azioni di soccorso di persone. Come impresa rischiosa ai sensi di queste condizioni si intende inoltre in particolare la partecipazione a corse con motoveicoli o ad un allenamento.
- d) se il danno alla salute è stato provocato intenzionalmente, anche come conseguenza di tentativi di suicidio o di autoleSIONAMENTO
- e) se per la determinazione del diritto assicurativo non vengono, nonostante l'ammonizione per iscritto, presentati entro quattro settimane i documenti necessari.

7. Obblighi di partecipazione in caso di malattia e infortunio

7.1. Obbligo di notifica

Le persone assicurate sono tenute a presentare i loro diritti di prestazione alla Cassa entro il termine stabilito nelle condizioni per le singole categorie assicurative. L'inizio di un infortunio deve essere annunciato al più tardi entro dieci giorni.

L'avviso deve essere esposto in modo veritiero. Se vengono fatte valere delle prestazioni, alla Cassa devono essere messe a disposizione tutte le informazioni con le indicazioni mediche e amministrative richieste. Vengono accettate solo fatture dettagliate originali.

7.2. Riduzione del danno

La persona assicurata deve fare tutto il possibile per favorire la riduzione del danneggiamento, in particolare ciò che promuove la guarigione, e deve omettere tutto che la protrae.

Nell'ambito dei provvedimenti accompagnatori di ÖKK, l'assicurato sosterrà l'operato del/della consulente sanitario/a, fornendogli tutte le indispensabili informazioni di cui questi/a necessita.

7.3. Obbligo d'informazione

La persona assicurata dispensa le dottoresse e i dottori curanti e l'altro personale medico nonché gli assicuratori verso la Cassa dall'obbligo del segreto d'ufficio. In caso di bisogno la Cassa può richiedere informazioni.

Su richiesta il membro deve lasciarsi visitare da una seconda dottoressa o secondo dottore, rispettivamente dottoressa o dottore di fiducia della Cassa. Le spese sono a carico dell'assicuratore.

La persona assicurata deve annunciare alla Cassa tutto quello che riguarda le prestazioni di terzi in caso di malattia, infortunio e invalidità. Su richiesta devono essere inoltrate alla Cassa tutte le fatture da parte di terzi.

Per le persone interdetto (non capaci di agire), i/le contraenti d'assicurazione sono tenuti a imporre l'osservanza dell'obbligo d'informazione.

8. Premi e pagamenti

8.1. Determinazione dei premi

8.1.1. Aspetti generali

I premi vengono fissati in una tariffa dei premi per ogni categoria assicurativa.

8.1.2. Ammontare dei premi

L'ammontare dei premi viene classificato in base al rischio, come ad esempio in base all'età della persona assicurata.

Le modifiche del premio in seguito ad un passaggio del gruppo di rischio scaturiscono automaticamente.

Se la persona assicurata non adempie all'obbligo d'informazione concernente i cambiamenti delle condizioni personali che sono indicativi per il calcolo del premio, deve versare retroattivamente un'eventuale differenza del premio.

Per le assicurazioni sospese viene riscosso un premio ridotto.

8.1.3. Sconti sui premi ed esonero dal pagamento dei premi
ÖKK può concedere a bambini e giovani fino a 25 anni di età sconti famiglia e decidere di accordare l'esonero dal pagamento dei premi.

Sconto famiglia

Hanno diritto allo sconto bambini assicurati presso ÖKK nella polizza familiare con almeno un genitore e tutti contraenti assicurazione base e coperture complementari.

Per percepire uno sconto famiglia per genitori e figli è vincolante una durata contrattuale minima pari a tre anni. Durante questo periodo le condizioni menzionate devono contemporaneamente e continuamente essere soddisfatte. In caso contrario il diritto allo sconto si estingue e va versato il premio regolare fino alla scadenza del contratto.

Esonero dal pagamento del premio

ÖKK può concedere per il terzo e i successivi figli l'esonero dal pagamento dei premi delle assicurazioni complementari a condizione che:

- il figlio viva presso lo stesso domicilio con almeno un genitore e gli altri due fratelli maggiori;
- sia assicurato nella stessa polizza familiare presso ÖKK;
- abbia stipulato l'assicurazione di base presso ÖKK;
- entrambi i fratelli maggiori abbiano stipulato presso ÖKK l'assicurazione di base e coperture complementari almeno equivalenti e che almeno un genitore abbia stipulato presso ÖKK l'assicurazione di base e un'assicurazione ambulatoriale o stazionaria per le spese di cura.

8.2. Adeguamento delle tariffe dei premi e della partecipazione alle spese

Le tariffe dei premi e la partecipazione possono essere adattate allo sviluppo delle spese e all'evoluzione dei danni.

L'adattamento dei premi viene annunciato al/alla contraente d'assicurazione 30 giorni prima dell'attuazione. Sussiste il diritto di ritiro dalla relativa categoria assicurativa entro un termine di 30 giorni dalla comunicazione della Cassa sulla data dell'entrata in vigore dell'adattamento del premio.

Se non segue una disdetta, significa che l'adattamento del premio viene accettato.

Perdere il diritto allo sconto anche se le condizioni per ottenerlo sono rimaste invariate, non va considerato come un adeguamento di premio. Se le condizioni per l'ottenimento dello sconto cambiano, si ha diritto di disdetta.

8.3. Pagamento dei premi

8.3.1. Scadenza

I premi vengono pagati anticipatamente. I premi vanno versati senza interruzioni, dunque anche in caso di malattia, infortunio, gravidanza e maternità, incapacità lavorativa o in caso di esaurimento del diritto di pretesa.

Se l'affiliazione inizia o viene annullata durante il mese, deve comunque essere versato l'intero premio mensile.

8.3.2. Mora nel pagamento

Se il contraente assicurativo non adempie al proprio obbligo di pagamento di premi o partecipazioni nemmeno dopo un termine di proroga di 30 giorni, gli è rimesso un ammonimento scritto con sollecito a voler pagare i premi o le partecipazioni scoperti entro un termine perentorio di 14 giorni. Nell'ammonimento il contraente d'assicurazione è pure reso attento sulle conseguenze dell'inservanza dell'obbligo di pagamento.

Le spese d'ammonimento e amministrative causate dalla mora nel pagamento sono a carico della persona assicurata.

Se nonostante ammonimento il pagamento non viene effettuato, l'obbligo di prestazione per trattamenti e perdita di guadagno viene sospeso a partire dalla scadenza del termine d'ammonimento fino al completo pagamento degli importi scoperti, degli interessi e dei costi amministrativi.

Anche in caso di successivo pagamento degli importi scoperti, nessuna copertura assicurativa sussiste per le malattie, gli infortuni e le loro conseguenze subentrati nel corso della sospensione dell'obbligo di prestazioni.

Scaduto il termine d'ammonimento, l'assicuratore è legittimato a recedere dal contratto. Se premi scoperti non vengono riscossi legalmente entro due mesi dalla scadenza del termine d'ammonimento, il contratto si estingue.

8.4. Partecipazione alle eccedenze

8.4.1. Principio

A condizione che la persona assicurata maggiorenne presenti un decorso del rischio favorevole, può far resa partecipe ad un'eventuale eccedenza, cioè al guadagno netto dell'assicuratore.

8.4.2. Condizioni

Per un'eventuale partecipazione all'eccedenza, la persona assicurata non deve aver richiesto delle prestazioni dall'assicuratore o dalla Cassa per almeno un anno civile. Tra queste sono com-

presi tutte le categorie assicurative, inclusa l'assicurazione base medico-sanitaria obbligatoria oppure un'assicurazione sull'indennità giornaliera in base alla LAMal.

8.4.3. Liquidazione

L'eventuale partecipazione all'eccedenza viene versata in un'unica liquidazione al più presto dopo la scadenza di un anno, secondo l'anno civile come da calendario nel quale non sono state richieste delle prestazioni. Viene concessa solo a persone assicurate nel momento della liquidazione.

8.5. Ribasso per assenza di prestazioni (RAP)

8.5.1. Principio

Nella variante con ribasso assenza prestazioni è concesso un ribasso sui premi in caso di assenza di prestazioni.

8.5.2. Categorie con ribasso assenza prestazioni

Nelle categorie COMBI, ad eccezione di quelle con franchigia opzionabile, è proposta una variante con ribasso per assenza di prestazioni.

8.5.3. Periodo di osservazione

Quale periodo di osservazione si considera un arco di tempo compreso dal 1 settembre o dall'inizio dell'assicurazione fino al prossimo 31 agosto. Determinante per l'accertamento delle prestazioni all'interno del periodo d'osservazione risulta la data d'elaborazione di una fattura.

8.5.4. Gradi di ribasso

Nelle assicurazioni COMBI e ÖKK SALTO con ribasso per assenza di prestazioni, vengono gestiti i seguenti gradi di ribasso o attuati i seguenti premi:

Grado di ribasso

COMBI/ÖKK SALTO RAP	Premio COMBI/ÖKK SALTO RAP
0	Premio COMBI/ÖKK SALTO ordinaria + 20 %
1	Premio COMBI/ÖKK SALTO ordinaria
2	Premio COMBI/ÖKK SALTO ordinaria - 30 % nella variante HMO: Premio COMBI/ÖKK SALTO ordinaria - 20 % fino al - 30 %

Il premio per la COMBI e la ÖKK SALTO con ribasso per assenza di prestazioni è indicato nella polizza d'assicurazione. La determinazione dei tre gradi di ribasso può essere adeguata all'evoluzione dei costi.

8.5.5. Adeguamento di grado per assenza di prestazioni

Se, all'interno dello stesso grado di ribasso, la persona assicurata non ha beneficiato di prestazioni durante tre periodi d'osservazione consecutivi, la COMBI con ribasso assenza prestazioni prevede il subentrare di un adeguamento di grado a partire dal 1. gennaio del quarto anno, quantunque la persona assicurata non abbia già raggiunto il grado 2 (ribasso massimo).

8.5.6. Adeguamento di grado per il percepimento di prestazioni

Se durante il periodo d'osservazione la persona assicurata ha percepito prestazioni, l'adeguamento di grado subentra il 1. gennaio dell'anno successivo, tramite riduzione del grado (al massimo fino al grado di ribasso 0).

8.5.7. Prestazioni di maternità

Costi per trattamenti stazionari conseguenti a maternità e aiuto domestico post-parto non influiscono nel conteggio risp. non sono considerati percezione di prestazioni e non influiscono pertanto sull'adeguamento di grado.

8.5.8. Assicurazione superiore

In caso di classificazione nel grado di ribasso 0 o 1 e contemporanea imminente richiesta di prestazioni, il passaggio dalla COMBI con ribasso assenza prestazioni alla COMBI ordinaria risulta possibile unicamente con dichiarazione sullo stato di salute. La stessa procedura è applicabile per il passaggio nella COMBI ordinaria e contemporanea classificazione in categoria di prestazioni inferiore.

8.6. Altre condizioni di pagamento

8.6.1. Compensazione

L'assicuratore può compensare le prestazioni esigibili con pretese verso la persona assicurata o il/la contraente d'assicurazione.

La persona assicurata oppure il/la contraente d'assicurazione non hanno nessun diritto di compensazione verso l'assicuratore.

8.6.2. Pignoramento e cessione

Le richieste verso l'assicuratore non possono essere né pignorate né devolute senza il suo consenso.

8.6.3. Pagamento delle prestazioni

Nel caso in cui tra l'assicuratore e i datori di prestazioni non è stato accordato nient'altro, la persona assicurata è debitore dell'onorario verso i datori di prestazioni.

Se tra l'assicuratore e i datori di prestazioni esistono dei contratti e delle tariffe differenti, il pagamento viene eseguito dalla Cassa direttamente al datore di prestazioni. In caso di un pagamento diretto al datore di prestazioni da parte della Cassa, la persona assicurata è tenuta a rimborsare la partecipazione alle spese accordata entro 30 giorni dopo la fatturazione della Cassa.

Accordi sull'onorario tra i creditori e le persone assicurate non sono vincolanti per l'assicuratore. Un diritto di pretesa esiste solo nel quadro della tariffa riconosciuta dall'assicuratore per il relativo datore di prestazioni.

L'assicuratore può far richiesta di rimborso per le prestazioni fornite per errore.

8.6.4. Prescrizione

Il diritto di pretesa della persona assicurata verso l'assicuratore si estingue per prescrizione in due anni dopo l'inizio del fatto che giustifica l'obbligo di prestazione dell'assicuratore.

9. Prestazioni di terzi

9.1. Sussidiarietà

9.1.1. Aspetti generali

Nel caso in cui per una malattia o infortunio sia responsabile un terzo secondo legge o colpa, l'assicuratore non deve fornire prestazioni, al massimo per la parte non coperta.

Nell'ambito dei diritti di prestazione verso terzi non sussiste nessun obbligo di prestazione in base a queste CGA.

9.1.2. Prestazioni di enti pubblici

Non esiste nessun obbligo di pretesa secondo queste CGA nemmeno nell'ambito dei diritti di prestazioni o di riduzione verso cantoni e comuni.

9.1.3. Assicurazione multipla

Se sono presenti diversi assicuratori con obbligo di prestazioni viene calcolata la somma che ogni singolo assicuratore dovrebbe pagare in caso di obbligo di prestazione esclusivo. Ciò vale anche nel caso in cui l'obbligo di prestazioni degli altri assicuratori esiste

in maniera sussidiaria. Il rimborso da versare in base a queste CGA si limita alla parte della somma complessiva assicurativa che corrisponde a questa copertura.

9.1.4. Rinuncia alle prestazioni

Se le persone assicurate rinunciano, senza l'approvazione dell'assicuratore, interamente o parzialmente alle prestazioni verso terzi, l'obbligo di prestazioni secondo le presenti CGA si annulla. Come rinuncia vale anche la capitalizzazione di un diritto di prestazioni.

9.2. Assicurazioni sociali

Non viene accordata nessuna prestazione che vada a carico delle assicurazioni sociali (Amal, AINF, AI, AM, AVS, IPG, ecc.). La pretesa di prestazione deve essere annunciata presso la rispettiva assicurazione sociale.

9.3. Prestazioni anticipate e rivalsa

In rapporto verso altri terzi che non siano le assicurazioni sociali, è possibile assumere prestazioni anticipate. A condizione che la persona assicurata in ambito supponibile si sia impegnata ad imporsi con le proprie pretese e che accordi all'assicuratore le sue prestazioni nei confronti di terzi nel volume delle prestazioni fornite.

9.4. Sovrassicurazione

Gli assicurati non possono trarre profitto dalle prestazioni secondo queste CGA oppure assieme ad altri datori di prestazioni. In caso di una sovrassicurazione le prestazioni vengono ridotte conformemente.

10. Protezione dati

10.1. Fondamenti giuridici

L'elaborazione dei dati di persone assicurate viene regolata in base alle disposizioni della Legge federale sul contratto di assicurazione del 2 aprile 1908 e della Legge federale sulla protezione dei dati del 19 giugno 1992.

10.2. Scopo di disbrigo

L'assicuratore elabora solo quei dati (dati personali, informazioni sullo stato di salute, riesame delle indicazioni fornite nella richiesta, incasso, liquidazione sinistri) che sono necessari per il disbrigo del contratto assicurativo ai sensi della LCA.

L'assicuratore tratta le informazioni ricevute con massima riservatezza.

10.3. Inoltro dei dati a terzi per relativa elaborazione

L'assicuratore può assegnare l'intera elaborazione dei dati o parte di essa a terzi (ad esempio a un centro di ricerche). In tal caso, l'assicuratore si preoccupa affinché i dati vengano elaborati nello stesso modo il cui lui stesso avrebbe fatto.

In altri casi l'assicuratore fornisce informazioni solo dietro consenso delle persone assicurate.

10.4. Conservazione dei dati

L'assicuratore custodisce i dati scrupolosamente e li protegge dai non autorizzati per mezzo di misure tecniche e organizzative.

11. Comunicazioni

Cambiamenti delle condizioni personali della persona assicurata, che sono fondamentali per l'assicurazione, come ad esempio il cambio di domicilio, devono essere comunicati alla Cassa per iscritto entro 30 giorni.

In caso di domicilio all'estero deve essere indicato un indirizzo di contatto in Svizzera.

Tutte le comunicazioni del/della contraente d'assicurazione o della persona assicurata devono essere indirizzate all'ufficio competente della Cassa.

Le comunicazioni della Cassa o dell'assicuratore sono giuridicamente valide se avvengono per iscritto, cioè per mezzo del giornale dei membri alla persona assicurata oppure al/alla contraente d'assicurazione all'ultimo indirizzo indicato oppure all'indirizzo di contatto in Svizzera.

12. Foro competente

Per qualsiasi controversia derivante dalle assicurazioni secondo le presenti CGA ed eventuali condizioni speciali, la persona assicurata può adire, o il Tribunale presso il domicilio della sede aziendale svizzera dell'Assicuratore (ÖKK Versicherungen AG, Landquart), oppure quello della Cassa.

ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE e ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA

ÖKK Versicherungen AG, Edizione 1.1.2012

Indice

1. Fondamenti assicurativi

- 1.1. Scopo
- 1.2. Persone assicurate
- 1.3. Condizioni per le prestazioni
- 1.4. Prestazioni all'estero

2. Cura medica

- 2.1. Cura al di fuori del luogo di domicilio e di lavoro
- 2.2. Cura da parte di medici non soggetti a LAMal
- 2.3. Visita medica privata presso medici in ospedale non soggetti a LAMal
- 2.4. Cura medica all'estero
 - 2.4.1. Scelta della cura
 - 2.4.2. Trattamenti di emergenza
- 2.5. Durata delle prestazioni

3. Prevenzione

- 3.1. Vaccinazioni
- 3.2. Visita - Check-up
- 3.3. Esami ginecologici preventivi
- 3.4. Maternità
 - 3.4.1. Preparazione al parto
 - 3.4.2. Indennità di allattamento
- 3.5. Corsi per un comportamento salutare
- 3.6. Altre misure preventive

4. Mezzi ausiliari

- 4.1. Mezzi ausiliari visivi
- 4.2. Altri mezzi ausiliari

5. Cura dentaria

- 5.1. Denti del giudizio
- 5.2. Prestazioni per bambini e giovani
- 5.3. Prestazioni della collettività
- 5.4. Fornitori di prestazioni e tariffe
- 5.5. Trattamento all'estero

6. Medicina alternativa

- 6.1. Trattamento medico
- 6.2. Metodi di medicina empirica

- 6.3. Terapeuti e metodi curativi alternativi
- 6.4. Prestazioni supplementari di ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA
- 6.5. Rimedi naturali
- 6.6. Beneficio di prestazioni massimo
- 6.7. Premesse per le prestazioni

7. Medicinali non obbligatori

8. Bagni termali

9. Cura psicoterapeutica

- 9.1. Volume delle prestazioni
- 9.2. Condizioni per l'ottenimento di prestazioni
- 9.3. Rapporto con l'assicurazione base per la cura medico-sanitaria obbligatoria

10. Costi di trasporti, azioni di ricerca, soccorso e salvataggio e spese di viaggio

- 10.1. Costi di trasporti, azioni di ricerca, soccorso e salvataggio in casi d'emergenza
 - 10.1.1. Entità delle prestazioni
 - 10.1.2. Partecipazione
 - 10.1.3. Azioni di ricerca
 - 10.1.4. Prestazioni di terzi
- 10.2. Spese di viaggio

11. Variante CASAMED

- 11.1. Aspetti generali
- 11.2. Premesse generali per le prestazioni
- 11.3. Medici non soggetti a LAMal
- 11.4. Eccezioni al principio del medico di famiglia
- 11.5. Altre persone specializzate
- 11.6. Misure preventive, medicina alternativa, medicinali non obbligatori
- 11.7. Altri fornitori di prestazioni
- 11.8. Casi d'emergenza
- 11.9. Esclusione di prestazioni
- 11.10. Attuazione delle prestazioni
 - 11.10.1. Conteggio forfettario
 - 11.10.2. Prestazioni ordinate

12. Partecipazione ai costi

1. Fondamenti assicurativi

1.1. Scopo

ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE e ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA offrono prestazioni per cure mediche al di fuori del domicilio e del posto di lavoro, misure preventive, mezzi ausiliari, cure dentarie, metodi alternativi di cura o trattamento e cure; coprono le spese di trasporto, azioni di ricerca, salvataggio e recupero, medicinali non obbligatori e pagano indennità di allattamento.

ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA si assume le spese non coperte dalla LAMal di una cura medica da parte di medici non soggetti a LAMal. Essa versa inoltre i contributi per le prestazioni mediche alternative all'estero e le spese di viaggio.

Le prestazioni vengono normalmente fornite in complemento a tutti le altre categorie assicurative di queste CGA.

Le prestazioni dell'assicurazione medico-sanitaria obbligatoria (BASE) precedono quelle di questa categoria assicurativa.

1.2. Persone assicurate

A ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE vengono ammesse persone senza limiti d'età. A ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA possono essere ammesse persone fino alla fine del 60esimo anno di età.

1.3. Condizioni per le prestazioni

Vengono rilasciate prestazioni solo se la cura è predisposta da motivi medici ed eseguita da persone per quel compito riconosciute dall'assicuratore. Le informazioni sul riconoscimento delle relative persone vanno richieste presso la Cassa.

1.4. Prestazioni all'estero

Le prestazioni di ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA vengono indennizzate anche all'estero, se non è stato accordato nient'altro.

2. Cura medica

2.1. Cura al di fuori del luogo di domicilio e di lavoro
Per le cure da parte di medici della Cassa aderenti alla LAMal che avvengono al di fuori del luogo di domicilio o di lavoro della persona assicurata, è coperta interamente assieme all'assicurazione BASE la tariffa LAMal vigente al luogo di cura.

2.2. Cura da parte di medici non soggetti a LAMal

ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA garantisce le prestazioni secondo la tariffa della LAMal per le cure eseguite da medici non soggetti a LAMal.

Per trattamenti psicoterapeutici vengono indennizzate le prestazioni fino ad un massimo di 50 ore.

2.3. Visita medica privata presso medici in ospedale non soggetti a LAMal

ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA indennizza le visite private presso medici dirigenti di ospedali universitari non soggetti a LAMal secondo la tariffa riconosciuta.

Per trattamenti psicoterapeutici ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA copre prestazioni fino ad un massimo di 50 ore secondo la tariffa LAMal.

2.4. Cura medica all'estero

2.4.1. Scelta della cura

Per cure mediche all'estero ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA si assume le spese al massimo fino alla doppia tariffa LAMal valida al luogo di domicilio della persona assicurata. Per coloro che hanno sottoscritto l'assicurazione globale viene fornita l'intera copertura delle spese conformemente alle tariffe locali vigenti.

Per trattamenti psicoterapeutici vengono indennizzate le prestazioni fino ad un massimo di 50 ore.

2.4.2. Trattamenti di emergenza

In caso di trattamenti medici di emergenza all'estero ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA prevede assieme all'assicurazione BASE la copertura completa delle spese.

2.5. Durata delle prestazioni

Se le condizioni di ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE e ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA non prevedono diversamente, le prestazioni vengono versate illimitatamente nel tempo.

3. Prevenzione

3.1. Vaccinazioni

Per vaccinazioni contro infezioni, viene indennizzato il 90% delle spese effettive, per un massimo di CHF 200.- per ogni anno civile. Non vengono però coperte le spese per vaccinazioni determinate dalla professione, la cui efficacia è contestata medicalmente o ancora in via sperimentale.

3.2. Visita – Check up

Per i check up viene riconosciuto un contributo delle spese, nel caso in cui la persona assicurata non abbia usufruito delle prestazioni dell'assicurazione BASE durante due anni civili di seguito:

COMPLEMENTARE GENERALE: 90% delle spese, al massimo CHF 300.-

COMPLEMENTARE PRIVATA: 90% delle spese, al massimo CHF 600.-

3.3. Esami ginecologici preventivi

Per ogni anno civile vengono assunte le spese di un esame ginecologico preventivo secondo la tariffa della LAMal, a condizione che non vengano versate delle prestazioni dall'assicurazione BASE per l'anno civile corrente.

3.4. Maternità

3.4.1. Preparazione al parto

Dalle spese derivanti da un corso per la preparazione al parto (inclusa la ginnastica) presso personale qualificato, viene attribuito un contributo per un massimo di CHF 200.- per gravidanza.

3.4.2. Indennità di allattamento

Sussiste il diritto di un'indennità di allattamento di CHF 250.-. L'indennità di allattamento viene versata se la madre assicurata allatta il/la figlio/a durante dieci settimane in modo totale o parziale. La prova deve essere fornita sul modulo d'indennità di allattamento della Cassa.

3.5. Corsi per un comportamento salutare

Dalle spese derivanti da un corso per l'apprendimento di un comportamento salutare ordinato dal medico ed eseguito da personale qualificato (p. es. corsi anti-fumo, scuola per la schiena, consulenza alimentare) vengono corrisposti i seguenti importi su due anni civili:

COMPLEMENTARE GENERALE: 90% costi, al mass. CHF 300.-

COMPLEMENTARE PRIVATA: 90% costi, al mass. CHF 500.-

L'assicuratore designa i corsi riconosciuti per l'apprendimento di un comportamento salutare. L'elenco dei corsi riconosciuti viene aggiornato oppure completato di continuo e può essere visionato in qualsiasi momento presso la Cassa.

3.6. Altre misure preventive

Possono essere versati ulteriori contributi per misure preventive riconosciute tali.

4. Mezzi ausiliari

4.1. Mezzi ausiliari visivi

Alle spese d'acquisto di lenti oftalmiche necessarie alla correzione visiva, sono corrisposti alle persone con più di 18 anni, i seguenti contributi nell'arco di 5 anni civili:

COMPLEMENTARE GENERALE: CHF 270.-

COMPLEMENTARE PRIVATA: CHF 420.-

Alle persone fino ai 18 anni vengono corrisposti i seguenti contributi annui:

COMPLEMENTARE GENERALE: CHF 270.-

COMPLEMENTARE PRIVATA: CHF 420.-

4.2. Altri mezzi ausiliari

Per le spese di noleggio o di acquisto di mezzi ausiliari riconosciuti per i quali non vengono versate prestazioni dall'assicurazione BASE, può essere indennizzato con indicazione medica il 50% delle spese fino ad un importo massimo totale di CHF 250.- per anno civile. L'assicuratore designa i mezzi ausiliari riconosciuti. L'elenco dei mezzi ausiliari riconosciuti viene aggiornato oppure completato di continuo e può essere visionato in qualsiasi momento presso la Cassa.

Non sono coperte le spese derivanti da utilizzo, mantenimento e riparazione di tali mezzi ausiliari.

5. Cura dentaria

5.1. Denti del giudizio

L'assicurazione si assume le spese dell'estrazione dei denti del giudizio. Se la cura avviene stazionariamente, le spese vengono indennizzate fino all'ammontare della tariffa stabilita contrattualmente per il reparto comune del cantone di residenza.

5.2. Prestazioni per bambini e giovani

Per bambini e giovani fino al 25esimo anno d'età, sussiste il seguente diritto di prestazioni:

- le spese per una visita di controllo incluse le radiografie fino ad un massimo di CHF 60.- per anno civile, solo nel caso in cui non debba avvenire contemporaneamente una cura dentaria (per la conservazione, protesi, ecc.)
- le spese per una cura ortopedica mascellare secondo la tariffa riconosciuta:

COMPLEMENTARE GENERALE: 70% delle spese, al massimo CHF 5'000.-

COMPLEMENTARE PRIVATA: 70% delle spese, al massimo CHF 12'000.-

Queste prestazioni vengono fornite per cure dopo una durata assicurativa di almeno tre anni. Condizione di prestazione è un certificato di una diagnosi dell'anomalia posizionale, di mezzi di cura previsti e di un preventivo.

Se al momento dell'affiliazione esiste un'assicurazione equivalente precedente presso un altro assicuratore, ÖKK rinuncia ad un periodo di carenza a condizione che almeno un genitore sia assicurato presso ÖKK. Prestazioni già rimosse presso assicuratori precedenti, vengono addizionate alle summenzionate prestazioni.

5.3. Prestazioni della collettività

Le prestazioni vengono indennizzate in complemento ad eventuali prestazioni dei cantoni e comuni in base alla loro legislazione sulla cura dentaria pubblica. I contributi dei cantoni e dei comuni vengono addizionati alle prestazioni di questa categoria assicurativa.

5.4. Fornitori di prestazioni e tariffe

Il rimborso avviene in base alle tariffe dell'assicurazione malattie obbligatoria vevolevoli per le prestazioni odontoiatriche. Se il medico odontoiatra applica una tariffa maggiore a quella dell'assicurazione malattie obbligatoria, la differenza di costo va a carico della persona assicurata.

Sono considerati medici odontoiatri tutti i dentisti in possesso del rispettivo diploma federale di capacità o di uno equivalente oppure quelli cui il cantone ha rilasciato l'autorizzazione all'esercizio della professione sulla base di un certificato di capacità scientifico.

5.5. Trattamento all'estero

Le prestazioni sono pure corrisposte, se il trattamento avviene in una nazione vicina alla Svizzera. Per nazioni vicine alla Svizzera si considerano quegli stati che confinano direttamente con la Svizzera.

6. Medicina alternativa

6.1. Trattamento medico

Da ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE e ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA, ÖKK rifonde il 90% dei costi per trattamenti medici di uno dei seguenti metodi della medicina alternativa:

- medicina antroposofica
- medicina tradizionale cinese
- omeopatia
- terapia neurale
- fitoterapia.

Premessa per le prestazioni è una corrispondente formazione supplementare riconosciuta del medico nel rispettivo metodo terapeutico.

6.2. Metodi di medicina empirica

In presenza di una indicazione medica, vengono assunti i costi per i metodi della medicina empirica, eseguiti da un medico. In un elenco, l'Assicuratore ritiene i metodi riconosciuti e l'entità delle prestazioni.

6.3. Terapeuti e metodi curativi alternativi

ÖKK corrisponde contributi per la medicina alternativa, quando tanto metodo terapeutico che terapeuta praticante o naturopata, sono riconosciuti da ÖKK. Vengono corrisposti i seguenti contributi:

COMPLEMENTARE GENERALE: fino ad un massimo di CHF 70.- per ora di terapia (60 minuti)

COMPLEMENTARE PRIVATA: fino ad un massimo di CHF 100.- per ora di terapia (60 minuti)

L'assicuratore designa le forme terapeutiche ed i terapeuti riconosciuti. Gli elenchi delle forme terapeutiche e dei terapeuti viene continuamente aggiornato e completato. Gli elenchi delle forme terapeutiche e dei terapeuti riconosciuti, possono in ogni momento essere visionati presso la Cassa.

Nono vengono assunti costi per forme terapeutiche e per trattamenti effettuati da terapeuti ritentuti nella lista negativa (LN) dell'Assicuratore.

La cassa fissa, conformemente alla necessità medica, il numero delle ore per le quali vengono corrisposti i contributi.

6.4. Prestazioni supplementari di ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA

Alle comprovate spese per ulteriori trattamenti, eseguiti da personale qualificato, ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA corrisponde un contributo massimo di CHF 50.- per ora di terapia (60 minuti) fino ad un'ammontare complessivo massimo di CHF 1'000.- per anno civile.

I trattamenti di medicina alternativa effettuati in una nazione confinante con la Svizzera, sono, in virtù delle presenti condizioni, coperti al massimo fino alla tariffa usuale, valevole nel luogo di trattamento.

6.5. Rimedi naturali

ÖKK rifonde il 90% dei costi per i rimedi fitoterapici, omeopatici e antroposofici, nonché per gli oligosoli, nella misura in cui questi non siano coperti dalla BASE e non siano riportati nella lista negativa (LN) dell'Assicuratore.

6.6. Beneficio di prestazioni massimo

Per la medicina alternativa, le prestazioni vengono limitate

- dall'ammontare dei contributi per ora di terapia
- dalla quantità di ore di terapia
- dall'elenco dei metodi terapeutici alternativi riconosciuti da ÖKK
- dall'elenco dei terapeuti risp. naturopati riconosciuti da ÖKK
- alla partecipazione ai costi per i trattamenti medici e per i rimedi naturali
- dall'estensione temporale (per anno civile)

Presso le forme terapeutiche con limitazioni nell'importo, si rinuncia alla riscossione di una partecipazione supplementare.

I limiti complessivi per la medicina alternativa ammontano ad un massimo di:

COMPLEMENTARE GENERALE: CHF 3'000.- per anno civile

COMPLEMENTARE PRIVATA: CHF 6'000.- per anno civile

6.7. Premesse per le prestazioni

Le prestazioni vengono corrisposte dopo preventiva richiesta alla Cassa. Resta riservata la verifica medico fiduciaria relativa all'indicazione medica ed alle qualifiche professionali di medici e terapeuti. Le prestazioni possono essere fatte dipendere dal fatto che non avvenga contemporaneamente un trattamento parallelo.

7. Medicinali non obbligatori

Le spese per medicinali che non sono comprese né nella lista dei medicinali con tariffa (LMT) né nella lista delle specialità (LS) secondo la LAMal né nella lista negativa (LN) dell'assicuratore, vengono assunte per anno civile nel modo seguente:

COMPLEMENTARE GENERALE: 50%, fino al massimo CHF 2'500.-

COMPLEMENTARE PRIVATA: 90%, fino al massimo CHF 5'000.-

8. Bagni termali

Per la frequentazione di bagni termali prescritti da un medico, viene corrisposto un contributo pari al 50% dei costi, per un massimo di 12 entrate.

9. Cura psicoterapeutica

9.1. Volume delle prestazioni

L'assicurazione indennizza prestazioni fino a 100 ore per la cura di malattie psichiche effettuate da psicoterapeuti qualificati (non medici), in possesso del permesso cantonale per la conduzione indipendente di uno studio. Per le prime 50 ore viene indennizzata una partecipazione massima di CHF 60.-, per le rimanenti CHF 50.-.

9.2. Condizioni per l'ottenimento di prestazioni

Le prestazioni sono rimborsate dalla Cassa previa approvazione della richiesta d'assunzione dei costi da parte del medico di fiducia della Cassa. Alla scadenza delle ore di terapia autorizzate dalla Cassa, al più tardi tuttavia dopo le prime 50 ore di terapia, il terapeuta è tenuto ad orientare nuovamente il medico di fiducia in merito al decorso terapeutico ed alla pianificazione dell'ulteriore terapia.

Nessuna prestazione viene rifiuta per psicoterapie che perseguono scopi di autorealizzazione, sviluppo della personalità oppure di apprendimento. Non vengono inoltre rimborsate prestazioni in caso di trattamenti paralleli presso altri psicologi risp. psichiatri.

9.3. Rapporto con l'assicurazione base per la cura medico-sanitaria obbligatoria

Le prestazioni psicoterapeutiche vengono fornite da questa categoria assicurativa solo fin quando vengono coperte come prestazioni obbligatorie dell'assicurazione BASE.

10. Costi di trasporti, azioni di ricerca, soccorso e salvataggio e spese di viaggio

10.1. Costi di trasporti, azioni di ricerca, soccorso e salvataggio in casi d'emergenza

10.1.1. Entità delle prestazioni

Per le spese

- effettive di trasporto d'urgenza fino al prossimo stabilimento ospedaliero mediante un mezzo di trasporto idoneo,
- di ritorno in un ospedale confacente, nel cantone di residenza della persona assicurata per la cura stazionaria,
- per azioni di salvataggio e recupero

viene indennizzata un somma massima di CHF 15'000.- per anno civile.

I trasporti aerei vengono indennizzati solo se sono medicalmente o tecnicamente senza alternativa.

10.1.2. Partecipazione

Per ogni caso la persona assicurata deve assumersi una partecipazione di CHF 100.-.

10.1.3. Azioni di ricerca

Oltre alle spese per le azioni di salvataggio o di recupero di una persona assicurata vengono indennizzate le spese per la ricerca al massimo fino a CHF 20'000.- per ogni anno civile.

10.1.4. Prestazioni di terzi

In caso di affiliazione (qualità di sostenitore) ad una guardia aerea o ad una simile organizzazione, le spese vengono indennizzate solo se non sono state versate delle prestazioni da parte di queste organizzazioni. Esistono riserve per altre condizioni contrattuali.

10.2. Spese di viaggio

In caso di regolare trattamento medico fuori località di residenza, ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE e ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA coprono il 90% delle spese che si determinano per l'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblici dalla località di residenza e quella del trattamento. Premessa per la corresponsione di prestazione è che tale trattamento non possa essere eseguito nella località di residenza o nelle sue immediate vicinanze. Per anno civile sono assunti al massimo CHF 100.-.

ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA copre il 90% dei costi del taxi per i trasporti necessari tra l'abitazione e il luogo di cura durante un trattamento ambulatoriale nel limite però che alla persona assicurata per motivi medici non gli sia possibile utilizzare i mezzi di trasporto pubblici o il suo veicolo privato. Annualmente vengono rimborsati al massimo CHF 400.-.

11. Variante CASAMED

11.1. Aspetti generali

Per le persone assicurate presso ÖKK che nell'assicurazione BASE sono assicurate nella variante CASAMED, valgono le seguenti disposizioni supplementari.

11.2. Premesse generali per le prestazioni

Le prestazioni di ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE e ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA vengono corrisposte se avvengono

secondo il principio del medico di famiglia. Le prestazioni devono essere fornite, prescritte o ordinate dal medico CASAMED presso il quale la persona assicurata è iscritta.

Le istituzioni telemediche possono essere riconosciute da ÖKK come medici di famiglia CASAMED.

11.3. Medici non soggetti a LAMal

Per le cure da parte di dottoresse e dottori (inclusi le dottoresse ed i dottori di ospedale) non aderenti alla LAMal nonché per le cure mediche a scelta all'estero, la variante CASAMED prevede che dalla COMPLEMENTARE PRIVATA non vengano fornite delle prestazioni.

11.4. Eccezioni al principio del medico di famiglia

ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE e ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA coprono costi generati da trattamenti di routine presso oculisti, ginecologi e pediatri senza precedente consulto del medico di famiglia CASAMED. In caso di ulteriori trattamenti, va consultato il medico di famiglia CASAMED.

ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE e ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA coprono costi generati da trattamenti di medicina alternativa, misure di prevenzione nell'ambito dei corsi di comportamento orientato alla salute, preparazione al parto, trasporto, azioni di ricerca, soccorso e salvataggio e visite di controllo odontoiatriche senza consulto del medico di famiglia CASAMED.

11.5. Altre persone specializzate

Al posto della dottoressa o del dottore CASAMED la Cassa può designare altri specialisti che possono fornire, prescrivere o ordinare le prestazioni che sono coperte da ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE e ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA.

11.6. Misure preventive, medicina alternativa, medicinali non obbligatori

L'assicuratore può autorizzare le dottoresse ed i dottori CASAMED oppure gli specialisti designati a fornire, prescrivere o ordinare altre misure preventive, prestazioni mediche alternative o medicinali non obbligatori di quelli che sono elencati in ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE e ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA.

11.7. Altri fornitori di prestazioni

In vista di una cura economica l'assicuratore può designare altri fornitori di prestazioni come farmacie, terapeuti, negozi specializzati sanitari oppure simili fornitori di prestazioni ai quali viene affidata esclusivamente l'assistenza o la cura medica dell'assicurato CASAMED.

11.8. Casi d'emergenza

I casi d'emergenza sono coperti indipendentemente dal fornitore di prestazioni scelto nell'ambito di ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE e ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA. Rimane riservata la verifica dell'indicazione medica da parte del medico di fiducia.

11.9. Esclusione di prestazioni

Nel caso in cui un membro si reca tranne che per casi di emergenza in cura presso un fornitore di prestazioni che non rientra nel suo diritto di scelta, tutte le spese vanno a suo carico.

11.10. Attuazione delle prestazioni

11.10.1. Conteggio forfettario

L'assicuratore o la Cassa può accordare con le dottoresse e i dottori CASAMED che le prestazioni di ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE e ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA vengano fatturate in modo forfettario.

11.10.2. Prestazioni ordinate

Per le prestazioni ordinate, la Cassa può richiedere alla persona assicurata o al medico di famiglia CASAMED la comprova che la prestazione è avvenuta secondo il principio del medico di famiglia.

Se un fornitore di prestazioni, al quale la persona assicurata è stata rinvia dal proprio medico di famiglia CASAMED, intende a sua volta effettuare un ulteriore trasferimento, egli deve richiedere il benessere del medico di famiglia CASAMED competente.

ÖKK o i partner cooperativi CASAMED possono mettere a disposizione dei fornitori di prestazioni dei mezzi ausiliari elettronici. Questi servono ad una più veloce e sicura comunicazione tra i vari fornitori di prestazioni, nonché ad un coordinamento ed un controllo ottimale sulle prestazioni.

ÖKK si fa garante del rispetto delle normative in materia di protezione dei dati.

12. Partecipazione ai costi

Per quanto non delimitate o non disposto diversamente nel singolo caso, sulle prestazioni delle presenti assicurazioni viene riscossa una partecipazione del 10%.

In caso di trattamento medico volontario all'estero (ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA) presso gli assicurati maggiorenni viene riscossa una franchigia annua pari alla franchigia ordinaria secondo la LAMal.

In caso di trattamenti di medicina alternativa eseguiti da medici, presso gli assicurati maggiorenni può essere riscossa una franchigia annua pari alla franchigia ordinaria secondo la LAMal.

ÖKK OPTIMA

ÖKK Versicherungen AG, Edizione 1.1.2010

Indice

1. Fondamenti assicurativi

- 1.1. Garante assicurativo
- 1.2. Condizioni comuni
- 1.3. Scopo
- 1.4. Condizioni per le prestazioni
- 1.5. Validità territoriale
- 1.6. Conclusione assicurativa

2. Trattamento ambulatoriale

- 2.1. Trattamento medico
- 2.2. Trattamento medico all'estero per casi d'urgenza
- 2.3. Psicoterapia eseguita da personale non medico
 - 2.3.1. Entità delle prestazioni
 - 2.3.2. Condizioni per le prestazioni
- 2.4. Bagni termali
- 2.5. Sterilizzazione

3. Maternità

- 3.1. Preparazione al parto
- 3.2. Indennità di allattamento

4. Prevenzione

- 4.1. Esame ginecologico preventivo
- 4.2. Check up
- 4.3. Vaccinazione
- 4.4. Conto della salute

5. Strumenti ausiliari

- 5.1. Mezzi ausiliari per la vista
- 5.2. Altri strumenti ausiliari

6. Cure dentarie

- 6.1. Visite di controllo e profilassi
- 6.2. Denti del giudizio
- 6.3. Trattamento ortodontico
- 6.4. Trattamento all'estero
- 6.5. Tariffa

7. Medicina alternativa

- 7.1. Trattamenti di medicina alternativa
- 7.2. Trattamento all'estero

8. Medicinali e rimedi

- 8.1. Medicinali non ammessi
- 8.2. Rimedi naturali

9. Costi di trasporto, ricerca, soccorso e salvataggio

- 9.1. Costi di trasporto, azioni di soccorso e salvataggio in casi d'urgenza
 - 9.1.1. Entità delle prestazioni
 - 9.1.2. Partecipazione ai costi
 - 9.1.3. Prestazioni di terzi
- 9.2. Azioni di ricerca
- 9.3. Spese di viaggio

10. Variante CASAMED

- 10.1. Altre condizioni
- 10.2. Principio del medico di famiglia
- 10.3. Eccezioni del principio del medico di famiglia
- 10.4. Ospedali
- 10.5. Altri specialisti
- 10.6. Altri fornitori di prestazioni
- 10.7. Urgenze
- 10.8. Esclusione di prestazioni, esclusione della variante del medico di famiglia
 - 10.8.1. Esclusione di prestazioni
 - 10.8.2. Esclusione della variante del medico di famiglia
- 10.9. Disbrigo delle prestazioni
 - 10.9.1. Conteggio forfetario
 - 10.9.2. Prestazioni disposte

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

1. Fondamenti assicurativi

1.1. Garante assicurativo

Garante assicurativo è ÖKK Versicherungen AG, Landquart (assicuratore).

1.2. Condizioni comuni

Le Condizioni comuni (CC) dell'assicuratore sono parte integrante delle presenti Condizioni generali di assicurazione (CGA). In caso di divergenze, le CGA hanno la precedenza sulle Condizioni comuni.

1.3. Scopo

L'assicurazione corrisponde prestazioni per cure ambulatoriali in caso di malattia, infortunio e maternità nonché per urgenze all'estero.

L'assicurazione corrisponde prestazioni per cure mediche e dentarie, misure preventive, strumenti ausiliari, terapie e metodi di cura alternativi, spese di trasporto, ricerca, salvataggio e azioni di recupero, medicinali non ammessi, rimedi naturali e paga un'indennità di allattamento.

L'assicurazione corrisponde prestazioni in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Delle spese complessive viene assunta al massimo solo quella parte di costi non coperta da un'altra assicurazione sociale.

1.4. Condizioni per le prestazioni

L'assicurazione accorda prestazioni se la cura è necessaria per ragioni mediche e viene eseguita da fornitori di prestazioni riconosciuti a tale scopo dall'assicuratore.

1.5. Validità territoriale

L'assicurazione corrisponde prestazioni in Svizzera se non stabilito diversamente.

1.6. Conclusione assicurativa

L'assicurazione può essere stipulata fino alla fine del 60esimo anno di età.

2. Trattamento ambulatoriale

2.1. Trattamento medico

L'assicurazione corrisponde il 90% delle spese per cure mediche eseguite da medici riconosciuti LAMal, conformemente alle tariffe LAMal risultanti in vigore presso il luogo di trattamento.

2.2. Trattamento medico all'estero per casi d'urgenza

Se la persona assicurata si trova temporaneamente all'estero, l'assicurazione si assume i costi delle cure mediche per casi d'urgenza.

2.3. Psicoterapia eseguita da personale non medico

2.3.1. Entità delle prestazioni

L'assicurazione corrisponde il 50% delle spese fino a CHF 1'000 per anno civile, per la cura di malattie psichiche eseguita da

psicoterapisti qualificati non medici in possesso del permesso cantonale per la gestione indipendente di uno studio medico.

2.3.2. Condizioni per le prestazioni

L'assicurazione corrisponde prestazioni in base al permesso accordato dal medico di fiducia in merito alla richiesta di garanzia di assunzione dei costi.

L'assicurazione non corrisponde prestazioni per trattamenti di psicoterapia che abbiano quali obiettivi la realizzazione personale, lo sviluppo della personalità o finalità educative, e nemmeno per trattamenti contemporanei presso altri psicologi o psichiatri.

2.4. Bagni termali

L'assicurazione corrisponde per la frequentazione di bagni termali prescritti da un medico, il 50% delle spese fino ad un massimo di dodici entrate per anno civile.

2.5. Sterilizzazione

L'assicurazione corrisponde il 50% delle spese fino a CHF 1'000 per sterilizzazione e vasectomia di persone adulte.

3. Maternità

3.1. Preparazione al parto

L'assicurazione corrisponde fino a CHF 100 a gravidanza per corsi di preparazione al parto (incl. ginnastica durante la gravidanza e post-parto) realizzati da esperti qualificati.

3.2. Indennità di allattamento

L'assicurazione corrisponde un'indennità allattamento di CHF 150, se la madre allatta il neonato per dieci settimane.

4. Prevenzione

4.1. Esame ginecologico preventivo

L'assicurazione corrisponde il 90% dei costi di un esame ginecologico preventivo secondo LAMal alla tariffa LAMal per anno civile, a condizione che non venga versata alcuna prestazione dall'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie secondo LAMal per durante l'anno civile in corso per un esame ginecologico preventivo conforme.

4.2. Check up

L'assicurazione corrisponde il 90% delle spese fino a un massimo di CHF 300 per anno civile per check up medici.

4.3. Vaccinazione

L'assicurazione corrisponde il 90%, fino a un massimo di CHF 200, per vaccinazioni mediche riconosciute.

4.4. Conto della salute

L'assicurazione corrisponde il 50% delle spese fino a un massimo di CHF 200 per anno civile per misure preventive scelte tra settori specifici ovvero Famiglia, Alimentazione, Movimento e Misure preventive generiche.

Nel caso, nel corso di un anno, si ricorra a più misure preventive da diversi settori, l'assicurazione corrisponde al massimo a CHF 400 per anno.

L'entità del contributo per singole misure preventive riconosciute può essere limitato.

Le misure preventive e i corsi devono essere riconosciuti dall'assicuratore.

5. Strumenti ausiliari

5.1. Mezzi ausiliari per la vista

L'assicurazione corrisponde fino a CHF 150 per anno civile per lenti per occhiali o lenti a contatto necessarie alla correzione della vista.

5.2. Altri strumenti ausiliari

L'assicurazione corrisponde il 50% delle spese fino a CHF 250 per anno civile per mezzi ausiliari su prescrizione medica, per i quali l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal non fornisce prestazioni.

Gli strumenti ausiliari devono essere riconosciuti dall'assicuratore. Non sono assicurati i costi generati da usura, manutenzione e riparazione di tali strumenti ausiliari.

6. Cure dentarie

6.1. Visite di controllo e profilassi

L'assicurazione corrisponde fino a CHF 60 per anno civile per visite di controllo dentarie comprese radiografie o profilassi dentaria per bambini e giovani fino a 25 anni.

6.2. Denti del giudizio

L'assicurazione corrisponde il 90% delle spese per l'estrazione dei denti del giudizio.

Se il trattamento è stazionario, l'assicurazione si assume i costi per l'ammontare della tariffa relativa al reparto comune del cantone di residenza stabilita contrattualmente.

6.3. Trattamento ortodontico

L'assicurazione corrisponde il 70% delle spese fino a CHF 5000 per trattamenti ortodontici di bambini e giovani fino a 25 anni conformemente alla tariffa riconosciuta.

L'assicurazione corrisponde tali prestazioni dopo una durata assicurativa di almeno tre anni (periodo di attesa). Il periodo di attesa decade, se alla stipula esiste una copertura equivalente presso l'assicuratore precedente.

6.4. Trattamento all'estero

Le prestazioni vengono corrisposte dall'assicurazione anche se il trattamento avviene in un Paese confinante della Svizzera.

6.5. Tariffa

L'assicurazione fa riferimento alle tariffe LAMal valide per le prestazioni odontoiatriche.

L'assicurazione addebita le prestazioni a cantoni e comuni in un periodo, provvedendo alla corresponsione successivamente.

7. Medicina alternativa

7.1. Trattamenti di medicina alternativa

L'assicurazione corrisponde il 70% delle spese fino a CHF 3000 per anno civile per trattamenti di medicina alternativa, se il metodo terapeutico (come ad esempio ayurveda, medicina tradizionale cinese, pratiche di medicina naturale) ed i terapeuti o i medici sono riconosciuti dall'assicurazione.

L'assicurazione designa i metodi terapeutici, i terapeuti e i medici riconosciuti e redige una lista dei metodi terapeutici riconosciuti.

L'assicurazione corrisponde il 50% delle spese fino a CHF 500 per anno civile per ulteriori trattamenti di medicina alternativa eseguiti da personale qualificato.

Resta riservata la verifica del medico di fiducia relativa all'indicazione medica ed alle qualifiche professionali di medici e terapeuti. Non si corrispondono prestazioni per più trattamenti paralleli dai quali non ci si aspetta alcun beneficio.

7.2. Trattamento all'estero

Le prestazioni vengono corrisposte dall'assicurazione anche se il trattamento avviene in un Paese confinante della Svizzera.

8. Medicinali e rimedi

8.1. Medicinali non ammessi

L'assicurazione corrisponde il 70% delle spese per medicinali prescritti dal medico che non sono riportati nella Lista di medicinali con tariffa (LMT), nell'Elenco delle specialità farmaceutiche (ES) secondo la LAMal o nella lista negativa (LN) dell'assicuratore.

8.2. Rimedi naturali

L'assicuratore corrisponde il 70% dei costi per rimedi fitoterapeutici, omeopatici e antroposofici come pure per oligosoluzioni, a condizione che non figurino sulla lista negativa dell'assicuratore.

9. Costi di trasporto, ricerca, soccorso e salvataggio

9.1. Costi di trasporto, azioni di soccorso e salvataggio in casi d'urgenza

9.1.1. Entità delle prestazioni

L'assicurazione provvede ai costi di

- trasporti necessari dal punto di vista medico nel più vicino ospedale confacente con un mezzo di trasporto idoneo,
- trasporti di rimpatrio in un ospedale confacente nel cantone di domicilio della persona assicurata per la continuazione del trattamento stazionario,
- azioni di soccorso e salvataggio complessivamente fino a CHF 50'000 per anno civile.

I costi generati da trasporti con veicoli aerei vengono assunti solo se assolutamente indispensabile per ragioni mediche.

9.1.2. Partecipazione ai costi

La persona assicurata è tenuta ad assumere una partecipazione di CHF 100 per caso assicurativo.

9.1.3. Prestazioni di terzi

Non è prevista alcuna copertura assicurativa per i costi di trasporto rimborsati a seguito di un'affiliazione (qualità di sostenitore) ad una guardia aerea di salvataggio o ad organizzazioni simili.

9.2. Azioni di ricerca

L'assicurazione si assume in aggiunta ai costi per soccorso e salvataggio, i costi generati da azioni di ricerca di una persona assicurata fino ad un massimo di CHF 20'000 per anno civile.

9.3. Spese di viaggio

L'assicurazione si assume il 90% delle spese fino a CHF 100, per l'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblici dalla località di residenza a quella del trattamento, a condizione che tale trattamento non possa essere eseguito nella località di residenza o nelle sue immediate vicinanze, ovvero nel raggio di 30 chilometri.

10. Variante CASAMED

10.1. Altre condizioni

Per persone assicurate che nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal hanno limitato il loro diritto di scelta a determinati fornitori di prestazioni valgono inoltre le condizioni seguenti.

10.2. Principio del medico di famiglia

L'assicurazione corrisponde prestazioni in base al principio del medico di famiglia. Le prestazioni devono essere fornite, prescritte o disposte dal medico di famiglia scelto dalla persona assicurata.

L'assicurazione può riconoscere le istituzioni telemediche quali medico di famiglia.

10.3. Eccezioni del principio del medico di famiglia

L'assicurazione remunera i costi generati da controlli di routine presso oculisti, ginecologi e pediatri senza consultazione del medico di famiglia. Nel caso vengano effettuati ulteriori trattamenti, va consultato sempre il medico di famiglia.

L'assicurazione remunera i costi generati da trattamenti di medicina alternativa, misure preventive nell'ambito del Conto della salute, corsi di preparazione al parto, trasporti, ricerca, salvataggio e recupero, visite di controllo dentistiche senza consultazione del medico di famiglia.

10.4. Ospedali

L'assicurazione può designare gli ospedali ai quali accordare in maniera esclusiva l'assistenza medica degli assicurati.

10.5. Altri specialisti

L'assicurazione può designare al posto del medico di famiglia altri specialisti del ramo, che possono fornire, prescrivere o disporre prestazioni.

10.6. Altri fornitori di prestazioni

L'assicurazione può designare altri fornitori di prestazioni, quali farmacie, terapisti, centri sanitari specializzati o fornitori di prestazioni simili, ai quali affidare in maniera esclusiva le cure o l'assistenza medica degli assicurati.

10.7. Urgenze

Il principio del medico di famiglia non viene applicato in casi d'urgenza: in tali casi pertanto, l'assicurazione provvede a corrispondere le prestazioni indipendentemente dal fornitore di prestazioni a cui la persona assicurata si rivolge.

Resta riservata la verifica da parte del medico di fiducia relativa all'indicazione medica.

10.8. Esclusione di prestazioni, esclusione della variante del medico di famiglia

10.8.1. Esclusione di prestazioni

Se, eccettuati i casi eccezionali elencati, una persona assicurata consulta un fornitore di prestazioni che non è autorizzato in base al suo diritto di scelta, tutte le spese andranno a suo carico.

10.8.2. Esclusione della variante del medico di famiglia

L'assicuratore è autorizzato a trasferire la persona assicurata in caso di comportamento recidivo non conforme alle condizioni della variante assicurativa alla copertura assicurativa ordinaria.

10.9. Disbrigo delle prestazioni

10.9.1. Conteggio forfetario

L'assicurazione può concordare con il medico di famiglia che le prestazioni vengano conteggiate forfetariamente.

10.9.2. Prestazioni disposte

L'assicurazione può, in caso di prestazioni disposte, richiedere alla persona assicurata o al medico di famiglia la comprova che le prestazioni siano avvenute secondo il principio del medico di famiglia.

ÖKK PREMIUM

ÖKK Versicherungen AG, Edizione 1.1.2010

Indice

1. Fondamenti assicurativi

- 1.1. Garante assicurativo
- 1.2. Condizioni comuni
- 1.3. Scopo
- 1.4. Condizioni per le prestazioni
- 1.5. Validità territoriale
- 1.6. Conclusione assicurativa

2. Trattamento ambulatoriale

- 2.1. Trattamento medico
- 2.2. Trattamento medico all'estero per casi d'urgenza
- 2.3. Psicoterapia eseguita da personale non medico
 - 2.3.1. Entità delle prestazioni
 - 2.3.2. Condizioni per le prestazioni
- 2.4. Bagni termali
- 2.5. Sterilizzazione
- 2.6. Intervento laser agli occhi

3. Maternità

- 3.1. Preparazione al parto
- 3.2. Indennità di allattamento

4. Prevenzione

- 4.1. Esame ginecologico preventivo
- 4.2. Check up
- 4.3. Vaccinazione
- 4.4. Conto della salute

5. Strumenti ausiliari

- 5.1. Mezzi ausiliari per la vista
- 5.2. Altri strumenti ausiliari

6. Cure dentarie

- 6.1. Visite di controllo e profilassi
- 6.2. Denti del giudizio
- 6.3. Trattamento ortodontico
- 6.4. Trattamento all'estero
- 6.5. Tariffa

7. Medicina alternativa

- 7.1. Trattamenti di medicina alternativa
- 7.2. Trattamento all'estero

8. Medicinali e rimedi

- 8.1. Medicinali non ammessi
- 8.2. Rimedi naturali

9. Costi di trasporto, ricerca, soccorso e salvataggio

- 9.1. Costi di trasporto, azioni di soccorso e salvataggio in casi d'urgenza
 - 9.1.1. Entità delle prestazioni
 - 9.1.2. Partecipazione ai costi
 - 9.1.3. Prestazioni di terzi
- 9.2. Azioni di ricerca
- 9.3. Spese di viaggio

10. Variante CASAMED

- 10.1. Altre condizioni
- 10.2. Principio del medico di famiglia
- 10.3. Eccezioni del principio del medico di famiglia
- 10.4. Ospedali
- 10.5. Altri specialisti
- 10.6. Altri fornitori di prestazioni
- 10.7. Urgenze
- 10.8. Esclusione di prestazioni, esclusione della variante del medico di famiglia
 - 10.8.1. Esclusione di prestazioni
 - 10.8.2. Esclusione della variante del medico di famiglia
- 10.9. Disbrigo delle prestazioni
 - 10.9.1. Conteggio forfetario
 - 10.9.2. Prestazioni disposte

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

1. Fondamenti assicurativi

1.1. Garante assicurativo

Garante assicurativo è ÖKK Versicherungen AG, Landquart (in seguito assicuratore).

1.2. Condizioni comuni

Le Condizioni comuni (CC) dell'assicuratore sono parte integrante delle presenti Condizioni generali di assicurazione (CGA). In caso di divergenze, le CGA hanno la precedenza sulle Condizioni comuni.

1.3. Scopo

L'assicurazione corrisponde prestazioni per cure ambulatoriali in caso di malattia, infortunio e maternità nonché per urgenze all'estero.

L'assicurazione corrisponde prestazioni per cure mediche e dentarie, misure preventive, strumenti ausiliari, terapie e metodi di cura alternativi, spese di trasporto, ricerca, salvataggio e azioni di recupero, medicinali non ammessi, rimedi naturali e paga un'indennità di allattamento.

L'assicurazione corrisponde prestazioni in complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Delle spese complessive viene assunta al massimo solo quella parte di costi non coperta da un'altra assicurazione sociale.

1.4. Condizioni per le prestazioni

L'assicurazione accorda prestazioni se la cura è necessaria per ragioni mediche e viene eseguita da fornitori di prestazioni riconosciuti a tale scopo dall'assicuratore.

1.5. Validità territoriale

L'assicurazione corrisponde prestazioni in Svizzera e all'estero se non stabilito diversamente.

1.6. Conclusione assicurativa

L'assicurazione può essere stipulata fino alla fine del 60esimo anno di età.

2. Trattamento ambulatoriale

2.1. Trattamento medico

L'assicurazione corrisponde il 90% delle spese per cure mediche.

2.2. Trattamento medico all'estero per casi d'urgenza

Se la persona assicurata si trova temporaneamente all'estero, l'assicurazione si assume i costi delle cure mediche per casi d'urgenza.

2.3. Psicoterapia eseguita da personale non medico

2.3.1. Entità delle prestazioni

L'assicurazione corrisponde il 50% delle spese, fino a CHF 1'000 per anno civile, per la cura di malattie psichiche eseguita da psicoterapisti qualificati non medici in possesso del permesso cantonale per la gestione indipendente di uno studio medico.

2.3.2. Condizioni per le prestazioni

L'assicurazione corrisponde prestazioni in base al permesso accordato dal medico di fiducia in merito alla richiesta di garanzia di assunzione dei costi.

L'assicurazione non corrisponde prestazioni per trattamenti di psicoterapia che abbiano quali obiettivi la realizzazione personale, lo sviluppo della personalità o finalità educative, e nemmeno per trattamenti contemporanei presso altri psicologi o psichiatri.

2.4. Bagni termali

L'assicurazione corrisponde per la frequentazione di bagni termali prescritti da un medico, il 50% delle spese fino ad un massimo di dodici entrate per anno civile.

2.5. Sterilizzazione

L'assicurazione corrisponde il 50% delle spese fino a CHF 1'000 per sterilizzazione e vasectomia di persone adulte.

2.6. Intervento laser agli occhi

L'assicurazione corrisponde fino a CHF 1000 una tantum per interventi laser agli occhi per correggere la vista. Condizioni: la persona assicurata deve essere maggiorenne e la durata del contratto assicurativo deve corrispondere almeno a tre anni (periodo di attesa).

3. Maternità

3.1. Preparazione al parto

L'assicurazione corrisponde fino a CHF 200 a gravidanza per corsi di preparazione al parto (incl. ginnastica durante la gravidanza e post-parto) realizzati da esperti qualificati.

3.2. Indennità di allattamento

L'assicurazione corrisponde un'indennità allattamento di CHF 250, se la madre allatta il neonato per dieci settimane.

4. Prevenzione

4.1. Esame ginecologico preventivo

L'assicurazione corrisponde il 90% dei costi di un esame ginecologico preventivo secondo LAMal alla tariffa LAMal per anno civile, a condizione che non venga versata alcuna prestazione dall'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie secondo LAMal per durante l'anno civile in corso per un esame ginecologico preventivo conforme.

4.2. Check up

L'assicurazione corrisponde il 90% delle spese fino a un massimo di CHF 500 per anno civile per check up medici.

4.3. Vaccinazione

L'assicurazione corrisponde il 90%, fino a un massimo di CHF 300, per vaccinazioni mediche riconosciute.

4.4. Conto della salute

L'assicurazione corrisponde il 50% delle spese fino a un massimo di CHF 300 per anno civile per misure preventive scelte tra settori

specifici ovvero Famiglia, Alimentazione, Movimento e Misure preventive generiche.

Nel caso, nel corso di un anno, si ricorra a più misure preventive da diversi settori, l'assicurazione corrisponde al massimo a CHF 600 per anno.

L'entità del contributo per singole misure preventive riconosciute può essere limitato.

Le misure preventive e i corsi devono essere riconosciuti dall'assicuratore.

5. Strumenti ausiliari

5.1. Mezzi ausiliari per la vista

L'assicurazione corrisponde fino a CHF 200 per anno civile per lenti per occhiali o lenti a contatto necessarie alla correzione della vista.

5.2. Altri strumenti ausiliari

L'assicurazione corrisponde il 50% delle spese fino a CHF 300 per anno civile per mezzi ausiliari su prescrizione medica, per i quali l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal non fornisce prestazioni.

Gli strumenti ausiliari devono essere riconosciuti dall'assicuratore. Non sono assicurati i costi generati da usura, manutenzione e riparazione di tali strumenti ausiliari.

6. Cure dentarie

6.1. Visite di controllo e profilassi

L'assicurazione corrisponde fino a CHF 100 per anno civile per visite di controllo dentarie comprese radiografie o profilassi dentaria.

6.2. Denti del giudizio

L'assicurazione corrisponde il 90% delle spese per l'estrazione dei denti del giudizio.

Se il trattamento è stazionario, l'assicurazione si assume i costi per l'ammontare della tariffa relativa al reparto comune del cantone di residenza stabilita contrattualmente.

6.3. Trattamento ortodontico

L'assicurazione corrisponde il 70% per trattamenti ortodontici di bambini e giovani fino a 25 anni conformemente alla tariffa riconosciuta.

L'assicurazione corrisponde tali prestazioni dopo una durata assicurativa di almeno tre anni (periodo di attesa). Il periodo di attesa decade, se alla stipula esiste una copertura equivalente presso l'assicuratore precedente.

6.4. Trattamento all'estero

Le prestazioni vengono corrisposte dall'assicurazione anche se il trattamento avviene in un Paese confinante della Svizzera.

6.5. Tariffa

L'assicurazione fa riferimento alle tariffe LAMal valide per le prestazioni odontoiatriche.

L'assicurazione addebita le prestazioni a cantoni e comuni in un periodo, provvedendo alla corresponsione successivamente.

7. Medicina alternativa

7.1. Trattamenti di medicina alternativa

L'assicurazione corrisponde il 70% delle spese fino a CHF 10'000 per anno civile per trattamenti di medicina alternativa, se il metodo terapeutico (come ad esempio ayurveda, medicina tradizionale cinese, pratiche di medicina naturale) ed i terapeuti o i medici sono riconosciuti dall'assicurazione.

L'assicurazione designa i metodi terapeutici, i terapeuti e i medici riconosciuti e redige una lista dei metodi terapeutici riconosciuti.

L'assicurazione corrisponde il 50% delle spese fino a CHF 1000 per anno civile per ulteriori trattamenti di medicina alternativa eseguiti da personale qualificato.

Resta riservata la verifica del medico di fiducia relativa all'indicazione medica ed alle qualifiche professionali di medici e terapeuti.

Non si corrispondono prestazioni per più trattamenti paralleli dai quali non ci si aspetta alcun beneficio.

7.2. Trattamento all'estero

Le prestazioni vengono corrisposte dall'assicurazione anche se il trattamento avviene in un Paese confinante della Svizzera.

8. Medicinali e rimedi

8.1. Medicinali non ammessi

L'assicurazione corrisponde il 90% dei costi per medicinali prescritti dal medico che non sono riportati nella Lista di medicinali con tariffa (LMT), nell'Elenco delle specialità farmaceutiche (ES) secondo la LAMal o nella lista negativa (LN) dell'assicuratore.

8.2. Rimedi naturali

L'assicuratore corrisponde il 90% dei costi per rimedi fitoterapeutici, omeopatici e antroposofici come pure per oligosoluzioni, a condizione che non figurino sulla lista negativa dell'assicuratore.

9. Costi di trasporto, ricerca, soccorso e salvataggio

9.1. Costi di trasporto, azioni di soccorso e salvataggio in casi d'urgenza

9.1.1. Entità delle prestazioni

L'assicurazione provvede ai costi di

- trasporti necessari per ragioni mediche nel più vicino ospedale confacente con un mezzo di trasporto idoneo,
- trasporti di rimpatrio in un ospedale confacente nel cantone di domicilio della persona assicurata per la continuazione del trattamento stazionario,
- azioni di soccorso e salvataggio complessivamente fino a CHF 100'000 per anno civile.

I costi generati da trasporti con veicoli aerei vengono assunti solo se assolutamente indispensabile per ragioni mediche.

9.1.2. Partecipazione ai costi

La persona assicurata è tenuta ad assumere una partecipazione di CHF 100 per caso assicurativo.

9.1.3. Prestazioni di terzi

Non è prevista alcuna copertura assicurativa per i costi di trasporto rimborsati a seguito di un'affiliazione (qualità di sostenitore) ad una guardia aerea di salvataggio o ad organizzazioni simili.

9.2. Azioni di ricerca

L'assicurazione si assume in aggiunta ai costi per soccorso e salvataggio, i costi generati da azioni di ricerca di una persona assicurata fino ad un massimo di CHF 20'000 per anno civile.

9.3. Spese di viaggio

L'assicurazione si assume il 90% delle spese fino a CHF 400, delle spese per l'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblici dalla località di residenza a quella del trattamento, a condizione che tale trattamento non possa essere eseguito nella località di residenza o nelle sue immediate vicinanze, ovvero nel raggio di 30 chilometri.

10. Variante CASAMED

10.1. Altre condizioni

Per persone assicurate che nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal hanno limitato il loro diritto di scelta a determinati fornitori di prestazioni valgono inoltre le condizioni seguenti.

10.2. Principio del medico di famiglia

L'assicurazione corrisponde prestazioni in base al principio del medico di famiglia. Le prestazioni devono essere fornite, prescritte o disposte dal medico di famiglia scelto dalla persona assicurata.

L'assicurazione può riconoscere le istituzioni telemediche quali medico di famiglia.

10.3. Eccezioni del principio del medico di famiglia

L'assicurazione remunera i costi generati da controlli di routine presso oculisti, ginecologi e pediatri senza consultazione del medico di famiglia. Nel caso vengano effettuati ulteriori trattamenti, va consultato sempre il medico di famiglia.

L'assicurazione remunera i costi generati da trattamenti di medicina alternativa, misure preventive nell'ambito del Conto della salute, corsi di preparazione al parto, trasporti, ricerca, salvataggio e recupero, visite di controllo dentistiche senza consultazione del medico di famiglia.

10.4. Ospedali

L'assicurazione può designare gli ospedali ai quali accordare in maniera esclusiva l'assistenza medica degli assicurati.

10.5. Altri specialisti

L'assicurazione può designare al posto del medico di famiglia altri specialisti del ramo, che possono fornire, prescrivere o disporre prestazioni.

10.6. Altri fornitori di prestazioni

L'assicurazione può designare altri fornitori di prestazioni, quali farmacie, terapisti, centri sanitari specializzati o fornitori di prestazioni simili, ai quali affidare in maniera esclusiva le cure o l'assistenza medica degli assicurati.

10.7. Urgenze

Il principio del medico di famiglia non viene applicato in casi d'urgenza: in tali casi pertanto, l'assicurazione provvede a corrispondere le prestazioni indipendentemente dal fornitore di prestazioni a cui la persona assicurata si rivolge.

Resta riservata la verifica da parte del medico di fiducia relativa all'indicazione medica.

10.8. Esclusione di prestazioni, esclusione della variante del medico di famiglia

10.8.1. Esclusione di prestazioni

Se, eccettuati i casi eccezionali elencati, una persona assicurata consulta un fornitore di prestazioni che non è autorizzato in base al suo diritto di scelta, tutte le spese andranno a suo carico.

10.8.2. Esclusione della variante del medico di famiglia

L'assicuratore è autorizzato a trasferire la persona assicurata in caso di comportamento recidivo non conforme alle condizioni della variante assicurativa alla copertura assicurativa ordinaria.

10.9. Disbrigo delle prestazioni

10.9.1. Conteggio forfetario

L'assicurazione può concordare con il medico di famiglia che le prestazioni vengano conteggiate forfetariamente.

10.9.2. Prestazioni disposte

L'assicurazione può, in caso di prestazioni disposte, richiedere alla persona assicurata o al medico di famiglia la comprova che le prestazioni siano avvenute secondo il principio del medico di famiglia.

ÖKK COMBI

ÖKK Versicherungen AG, Edizione 1.1.2012

Indice

- 1. Fondamenti assicurativi**
 - 1.1. Scopo
 - 1.2. Conclusione assicurativa
 - 1.3. Condizioni per le prestazioni
 - 1.3.1. Aspetti generali
 - 1.3.2. Ospedale acuto
 - 1.3.3. Cura in altri ospedali
 - 1.4. Copertura in caso d'infortunio**
 - 1.5. Possibilità d'assicurazione
 - 1.5.1. Categorie delle prestazioni
 - 1.5.2. Ospedali con tariffa riconosciuta
 - 1.5.3. Ospedali pubblici riconosciuti nella COMBI Confort
 - 1.5.4. Criteri mancanti, tariffe massime
 - 1.5.5. Classificazione degli ospedali
- 2. Cura stazionaria**
 - 2.1. Trattamento acuto
 - 2.1.1. Condizioni per le prestazioni
 - 2.1.2. Volume delle prestazioni
 - 2.1.3. Trattamento in reparto ospedaliero di categoria superiore
 - 2.1.4. Cure in un ospedale fuori elenco
 - 2.1.5. Cura in un ospedale pubblico non riconosciuto
 - 2.2. Cura a lunga durata
 - 2.2.1. Definizione
 - 2.2.2. Estensione delle prestazioni
 - 2.3. Riabilitazione stazionaria
 - 2.4. Cliniche psichiatriche
 - 2.5. Prestazioni all'estero
 - 2.5.1. Casi d'emergenza
 - 2.5.2. Trattamento a scelta all'estero
 - 2.5.3. Comportamento in caso di degenza all'ospedale
- 3. Cure**
 - 3.1. Cure di ristabilimento
 - 3.2. Cure termali
 - 3.3. Altre cure
 - 3.4. Comportamento in caso di cura
- 4. Prestazioni speciali**
 - 4.1. SPITEX
 - 4.1.1. Principio
 - 4.1.2. Estensione delle prestazioni
 - 4.1.3. Fornitori di prestazioni
 - 4.2. Costi di trasporto, azioni di soccorso e salvataggio in caso d'urgenza
 - 4.3. Spese di viaggio
 - 4.4. Servizio custodia infantile
 - 4.4.1. Principio
 - 4.4.2. Presupposto per l'elargizione di prestazioni
 - 4.4.3. Estensione delle prestazioni
 - 4.5. Trattamento medico di conseguenze d'infortuni nella COMBI Infortuni privati
 - 4.5.1. Trattamento da parte di medici senza assoggettamento alla LAMal
 - 4.5.2. Visite private presso medici ospedalieri specialisti senza assoggettamento alla LAMal
 - 4.5.3. Trattamenti medici d'urgenza all'estero
 - 4.6. Rooming-in
 - 4.7. Indennità giornaliera ospedaliera
- 5. Maternità**
 - 5.1. Spese per la cura stazionaria
 - 5.2. Parto in clinica neonatale
 - 5.3. Aiuto domiciliare post-parto
 - 5.3.1. Principio
 - 5.3.2. Parto in ospedale
 - 5.3.3. Parto casalingo
 - 5.4. COMBI Infortuni privati
- 6. Complemento per gli infortuni**
- 7. Variante CASAMED**
 - 7.1. In generale
 - 7.2. Categorie delle prestazioni
 - 7.3. Premesse generali per le prestazioni
 - 7.4. Scelta dell'ospedale
 - 7.5. Oculisti/e, ginecologi/ghe, pediatri
 - 7.6. Urgenze
 - 7.7. Esclusione di prestazioni
- 8. ECOPIANO, variante con scelta d'ospedale limitata**
 - 8.1. In generale
 - 8.2. Scelta / disdetta dell'ECOPIANO
 - 8.3. Volume delle prestazioni
 - 8.4. Cura in un altro ospedale
- 9. Franchigia e rimborso nella COMBI semiprivata, privata e global**
 - 9.1. Franchigia
 - 9.1.1. Aspetti generali
 - 9.1.2. Cambio / disdetta della franchigia
 - 9.1.3. Ammontare della franchigia
 - 9.2. Rimborso
- 10. Partecipazione alle spese nella COMBI Flex**
 - 10.1. Ammontare della partecipazione ai costi
 - 10.2. Massima partecipazione alle spese per famiglie

1. Fondamenti assicurativi

1.1. Scopo

L'assicurazione COMBI si prefigge l'assunzione dei costi non coperti per i trattamenti di malattie, infortuni e maternità in un ospedale acuto. Essa corrisponde inoltre contributi per cure, trattamenti di lunga durata, aiuti domiciliari extraospedalieri (SPITEX) e trasporti medici.

L'assicurazione COMBI Infortuni Privati si prefigge l'assunzione dei costi non coperti per il trattamento degli infortuni nel reparto privato di un ospedale acuto. Essa corrisponde inoltre contributi per cure, aiuti domiciliari extraospedalieri (SPITEX) e trasporti medici. Le prestazioni COMBI sono corrisposte in maniera complementare alle prestazioni obbligatorie dell'assicurazione legale per le cure sanitarie secondo LAMal (BASE). Delle spese complessive viene assunta soltanto quella parte di costi non coperta dall'assicurazione BASE oppure da un'altra assicurazione per le cure sanitarie obbligatoria. Se sussistono già altre assicurazioni per l'indennità ospedaliera e/o per le cure ospedaliere presso «ÖKK Versicherungs-AG», queste precedono le prestazioni COMBI.

1.2. Conclusione assicurativa

L'assicurazione COMBI può essere conclusa fino alla fine del 60esimo anno d'età.

La COMBI Infortuni privati può essere conclusa o esistere unicamente in combinazione con una delle seguenti coperture assicurative di ÖKK:

- ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE
- ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA
- ÖKK OPTIMA
- ÖKK PREMIUM
- ÖKK FAMILY
- ÖKK FAMILY FLEX
- ÖKK COMBI

1.3. Condizioni per le prestazioni

1.3.1. Aspetti generali

Le prestazioni vengono accordate solo se la cura è necessaria per motivi medici e se viene eseguita in un ospedale acuto. La cura deve essere eseguita da fornitori di prestazioni riconosciuti per questo scopo secondo la LAMal.

1.3.2. Ospedale acuto

Si considerano come ospedali acuti le case di cura che forniscono prestazioni mediche e curative e che dispongono di infrastrutture tecniche necessarie per la cura di malattie, infortuni e parti che richiedono una sorveglianza medica continua. Le cure ospedaliere devono inoltre essere eseguite in ospedali riportati nell'elenco compilato dal Canton ai sensi dell'art. 39 LAMal.

1.3.3. Cura in altri ospedali

In caso di trattamenti in altri ospedali, le prestazioni vengono fornite secondo le cifre 2.1.4. e 2.2.

1.4. Copertura in caso d'infortunio

Nell'assicurazione COMBI (fatta eccezione per la COMBI Infortuni privati) è possibile escludere la copertura contro infortuni. L'assicurazione COMBI Infortuni privati intende coprire i costi scoperti per il trattamento delle conseguenze di un infortunio nel reparto privato di un ospedale acuto.

1.5. Possibilità d'assicurazione

1.5.1. Categorie delle prestazioni

La COMBI conosce le seguenti categorie di prestazioni:

COMBI Comune:	reparto comune in ospedale acuto con tariffa riconosciuta, in tutta la Svizzera (camera a più letti).
COMBI Semiprivata:	reparto semiprivato in ospedale acuto con tariffa riconosciuta, in tutta la Svizzera (camera a due letti).
COMBI Privata:	reparto privato in ospedale acuto, in tutta la Svizzera (camera ad un letto).
COMBI Infortuni privati:	- trattamenti medici d'urgenza in caso d'infortunio: reparto privato in ospedale acuto in tutto il mondo. - trattamento di conseguenze d'infortuni: reparto privato in ospedale acuto in tutta la Svizzera.
COMBI Global:	reparto privato in ospedale acuto, in tutto il mondo (camera ad un letto).
COMBI Flex:	reparto comune o semiprivato di un ospedale acuto a scelta con tariffa riconosciuta in tutta la Svizzera o reparto privato di un ospedale acuto a scelta con tariffa riconosciuta in tutta la Svizzera; con rispettiva partecipazione alle spese.
COMBI Confort:	cura medica acuta e assistenza in ospedale pubblico convenzionato Confort, analogamente alla copertura COMBI Comune (reparto comune). Spese di degenza a dipendenza, se in camera ad uno o due letti. La COMBI Confort può limitarsi a persone assicurate, residenti in una determinata regione.

1.5.2. Ospedali con tariffa riconosciuta

Valgono come ospedali con tariffa riconosciuta gli ospedali con i quali l'assicuratore ha pattuito degli accordi sulla definizione delle tariffe, oppure ospedali che si attengono senza accordi a queste tariffe. La Cassa dispone di un elenco degli ospedali con tariffa riconosciuta che può essere visionato in qualsiasi momento.

1.5.3. Ospedali pubblici riconosciuti COMBI Confort

Valgono come ospedali pubblici riconosciuti gli ospedali con i quali l'assicuratore ha pattuito degli accordi sulla definizione delle tariffe. La Cassa dispone di un elenco degli ospedali pubblici riconosciuti che viene aggiornato regolarmente e che può essere visionato in qualsiasi momento.

1.5.4. Criteri mancanti, tariffe massime

Se un ospedale non conosce nessuno o altri criteri di classificazione per i reparti ospedalieri di quelli citati in queste condizioni, secondo l'assicurazione vengono trattati come reparti privati.

L'assicuratore può stabilire per i reparti comuni come per i reparti semiprivati, delle tariffe massime che servono come criterio di classificazione nei reparti ospedalieri assicurati.

Tali tariffe massime sono riferite a tariffe e convenzioni in vigore per istituti ospedalieri equiparabili con tariffe riconosciute, situati nella zona di residenza della persona assicurata.

Eventuali tariffe massime fissate dall'assicuratore possono essere visionate presso la cassa.

1.5.5. Classificazione degli ospedali

Gli ospedali i quali non corrispondono a questi criteri di classificazione, che non hanno un reparto comune e/o nessun reparto semiprivato, ma soltanto un reparto privato nel senso di queste condizioni, sono nominati in un elenco della Cassa che può essere visionato.

2. Cura stazionaria

2.1. Trattamento acuto

2.1.1. Condizioni per le prestazioni

La COMBI dispone di prestazioni stazionarie, nel limite e fino a quando la necessità di degenza in ospedale della persona assicurata è garantita nel senso dell'assicurazione BASE.

2.1.2. Volume delle prestazioni

La COMBI si assume in complemento alle prestazioni dell'assicurazione BASE le spese in caso di degenza all'ospedale per quel reparto secondo il quale il membro è assicurato.

Non è assicurata la partecipazione alle spese compresi contributi giornalieri alle spese della degenza all'ospedale, che nell'assicurazione BASE vanno a carico del membro.

2.1.3. Trattamento in reparto ospedaliero di categoria superiore

Se il trattamento avviene in un reparto ospedaliero di categoria superiore rispetto a quello assicurato, sono coperte al massimo le seguenti prestazioni:

COMBI Comune: i costi che sarebbero insorti nel reparto ospedaliero assicurato. Se tali costi non sono accertabili, la COMBI corrisponde un forfait di CHF 30.- al giorno.

COMBI Semiprivata: i costi che sarebbero insorti nel reparto ospedaliero assicurato. Se tali costi non sono accertabili, la COMBI corrisponde un forfait di CHF 120.- al giorno.

COMBI Confort: persone assicurate che nella COMBI Confort hanno optato per la copertura in camera a due letti, beneficiano, in caso di degenza in camera ad un letto di in un ospedale convenzionato Confort, delle prestazioni corrispondenti alla loro copertura assicurativa.

Se trattamenti e degenza di un assicurato COMBI Confort avvengono nel reparto semiprivato oppure privato di un ospedale convenzionato Confort, vengono parimenti corrisposte le prestazioni corrispondenti alla copertura assicurativa stipulata.

2.1.4. Cure in un ospedale fuori elenco

Se la cura avviene in un ospedale non riportato nell'elenco ospedaliero cantonale, sono corrisposte al massimo le seguenti prestazioni:

COMBI Comune/Confort: un importo forfetario di CHF 30.- al giorno.

COMBI Semiprivata/Privata/Infortuni privati (conseguenze d'infortuni)/Flex: le spese supplementari che deriverebbero dalla degenza in un ospedale di riferimento nel cantone di domicilio, quale differenza tra il reparto comune e quello assicurato.

COMBI Infortuni privati (urgenze)/Global: piena copertura delle spese.

2.1.5. Cura in ospedale pubblico non riconosciuto

Qualora la cura di un assicurato COMBI Confort avviene in un ospedale che non risulta nell'elenco degli ospedali pubblici riconosciuti Confort, vengono fornite al massimo le prestazioni corrispondenti a reparto comune oppure a tariffa di riferimento per un ospedale pubblico riconosciuto Confort nel cantone di residenza.

2.2. Cura a lunga durata

2.2.1. Definizione

Situazioni uniformi e permanenti dannose alla salute, che richiedono una cura, però non un continuo picchetto medico, sono considerate come malattie croniche.

2.2.2. Estensione delle prestazioni

La COMBI corrisponde i seguenti forfait giornalieri, se

- la cura di una persona ammalata cronicamente richiede la sua degenza in un ospedale appropriato e riconosciuto,
- per la persona ammalata, la degenza in ospedale assume carattere di trattamento di lunga durata. Con preavviso di un mese, l'assicuratore può in questi casi ridurre le proprie prestazioni.

	da 1 a 90 giorni	da 91 a 180 giorni
COMBI Semiprivata/Flex:	CHF 50.-	CHF 25.-
COMBI Privata/ Infortuni privati:	CHF 70.-	CHF 35.-
COMBI Global:	CHF 90.-	CHF 45.-

In caso di trattamento nel reparto assicurato, queste prestazioni vengono corrisposte una volta nell'arco di tre anni civili. Se il trattamento avviene in un reparto ospedaliero di grado inferiore rispetto a quello assicurato, le prestazioni vengono corrisposte secondo la variante COMBI per quel reparto, nel quale è avvenuto il trattamento.

In caso di trattamento nel reparto assicurato, queste prestazioni vengono corrisposte una volta nell'arco di tre anni civili. Se il trattamento avviene in un reparto ospedaliero di grado inferiore rispetto a quello assicurato, le prestazioni vengono corrisposte secondo la variante COMBI per quel reparto, nel quale è avvenuto il trattamento.

2.3. Riabilitazione stazionaria

Se il trattamento medico viene effettuato in un sanatorio multifunzionale, o in un reparto o una clinica di riabilitazione riconosciuti dall'assicuratore, per i primi 60 giorni la COMBI garantisce la piena copertura delle spese secondo le condizioni per i trattamenti acuti. Tenendo conto della durata della degenza precedente, essa concede in seguito le prestazioni per trattamenti di lunga durata.

I sanatori o gli istituti di riabilitazione riconosciuti sono ritenuti in un elenco visionabile in ogni momento presso la Cassa.

2.4. Cliniche psichiatriche

In caso di degenza stazionaria in clinica psichiatrica, di cura psichiatrica in ospedale acuto o in clinica specialistica, secondo le condizioni per i trattamenti acuti, la COMBI garantisce piena copertura dei costi per 90 giorni. Dalla COMBI Infortuni privati non vengono corrisposte prestazioni.

Se la cura si protrae ad oltranza, per il trattamento nel corrispondente reparto vengono corrisposti i seguenti forfait giornalieri:

da 91 fino a 180 giorni

COMBI Comune/Confort:	CHF 20.-
COMBI Semiprivata/Flex:	CHF 50.-
COMBI Privata:	CHF 70.-
COMBI Global:	CHF 90.-

Queste prestazioni vengono versate una volta durante tre anni civili. Se la cura avviene in un reparto di livello inferiore rispetto a quello per il quale è stata stipulata l'assicurazione, le prestazioni verranno riferite secondo la variante COMBI per quel reparto nel quale avviene la cura.

2.5. Prestazioni all'estero

2.5.1. Casi d'emergenza

La COMBI si assume in complemento alle prestazioni dell'assicurazione BASE le spese per una cura stazionaria in caso d'emergenza in un ospedale acuto durante un soggiorno all'estero fino alla completa copertura delle spese nel reparto assicurato. Le prestazioni vengono fornite fino quando non sarà medicalmente possibile un rimpatrio.

2.5.2. Trattamento a scelta all'estero

Le prestazioni della COMBI Global vengono concesse anche nel caso la persona assicurata si rechi appositamente all'estero per farsi curare.

Per altre categorie di prestazioni vengono fornite le stesse prestazioni come per la cura in un ospedale non elencato sulla lista.

2.5.3. Comportamento in caso di degenza all'ospedale

In caso di una cura stazionaria deve essere inoltrata immediatamente alla Cassa, al più tardi entro 10 giorni dopo l'entrata in ospedale, una richiesta di garanzia delle spese.

3. Cure

3.1. Cure di ristabilimento

Sussiste per principio la libera scelta tra gli istituti di cura con conduzione medica riconosciuti dall'assicuratore. Gli istituti di cura con conduzione medica riconosciuti sono ritenuti in un elenco che può in ogni momento essere visionato presso la Cassa.

Per le cure di ristabilimento successive ad una degenza ospedaliera quale paziente acuto, COMBI corrisponde le seguenti prestazioni per caso, durante al massimo 21 giorni:

COMBI Comune/Confort:	CHF 50.- al giorno
COMBI Semiprivata/Flex:	CHF 70.- al giorno
COMBI Privata/Infortuni privati:	CHF 90.- al giorno
COMBI Global:	CHF 110.- al giorno

3.2. Cure termali

La COMBI corrisponde le seguenti prestazioni durante un massimo di 21 giorni per anno civile:

COMBI Comune/Confort:	massimo CHF 30.- al giorno
COMBI Semiprivata/Flex:	massimo CHF 30.- al giorno
COMBI Privata/Infortuni privati:	massimo CHF 50.- al giorno
COMBI Global:	massimo CHF 50.- al giorno

È concessa la libera scelta fra gli stabilimenti termali a conduzione medica riconosciuti da ÖKK. L'elenco degli stabilimenti termali riconosciuti viene aggiornato o completato di continuo e può in ogni momento essere visionato presso la Cassa.

Il contributo alle cure termali viene corrisposto indipendentemente dal fatto che la persona assicurata venga trattata stazionariamente

nello stabilimento termale oppure risieda in un albergo, una pensione o presso privati al luogo dello stabilimento termale. Alla Cassa è concessa la facoltà di richiedere una visita d'entrata da parte del medico dello stabilimento termale, nonché un controllo d'uscita con rapporto finale all'attenzione del medico che ha prescritto la cura.

3.3. Altre cure

Su richiesta del medico di fiducia della Cassa può venir indennizzato un globale fino ad un ammontare del contributo della cura termale in caso di indicazione medica speciale per altre cure prescritte dal medico.

3.4. Comportamento in caso di cura

La prescrizione medica per una cura termale deve essere presentata alla Cassa due settimane prima dell'inizio della cura, inclusa la diagnosi.

In caso d'interruzione di una cura, le spese parziali possono essere assunte solo se l'interruzione avviene a causa di malattia o altri motivi imperativi, e che per questo ci sia un attestato da parte di un medico termale.

4. Prestazioni speciali

4.1. SPITEX

4.1.1. Principio

Se una degenza in ospedale può essere evitata o accorciata, la COMBI si assume le spese su prescrizione medica per contributi a servizi domiciliari extraospedalieri (SPITEX), nel limite che le condizioni familiari o domiciliari lo permettano.

4.1.2. Estensione delle prestazioni

Alle spese per l'assistenza domiciliare riconosciuta, la COMBI concede un contributo per anno civile. Le prestazioni vengono corrisposte anche in assenza di convenzione tra fornitori di prestazioni e assicuratore.

Le prestazioni sono concesse come segue:

COMBI Comune/Confort:	fino a CHF 40.-/giorno, mass. CHF 400.-
COMBI Semiprivata/Flex:	fino a CHF 50.-/giorno, mass. CHF 500.-
COMBI Privata/	
Infortuni privati:	fino a CHF 60.-/giorno, mass. CHF 630.-
COMBI Global:	fino a CHF 60.-/giorno, mass. CHF 800.-

Se la persona assicurata è responsabile dell'accudimento di almeno un bambino, le prestazioni vengono corrisposte così come segue:

COMBI Comune/Confort:	fino a CHF 40.-/giorno, mass. CHF 600.-
COMBI Semiprivata/Flex:	fino a CHF 70.-/giorno, mass. CHF 1'000.-
COMBI Privata/	
Infortuni privati:	fino a CHF 100.-/giorno, mass. CHF 1'300.-
COMBI Global:	fino a CHF 110.-/giorno, mass. CHF 1'600.-

Nessuna prestazione viene corrisposta in caso di degenza in casa di cura.

4.1.3. Fornitori di prestazioni

Come aiuto domiciliare viene riconosciuto chi professionalmente di proprio conto o contrattualmente per un'organizzazione SPITEX riconosciuta dall'assicuratore esegue i lavori casalinghi in rappresentanza della persona assicurata.

I contributi vengono pure versati se questo aiuto viene effettuato da familiari della persona assicurata e gli stessi familiari, per questo motivo, vengono gravati da una probabile perdita di guadagno oppure possono dimostrare le relative spese di viaggio.

Invece delle prestazioni per l'aiuto domiciliare possono essere versati gli stessi contributi per le prestazioni di cura da parte di imprese commerciali di aiuti domiciliari extraospedalieri (SPITEX), se queste non dovessero essere indennizzate dall'assicurazione BASE.

4.2. Costi di trasporto, azioni di soccorso e salvataggio in caso d'urgenza

Alle spese per

- trasporti d'urgenza, necessari dal punto di vista medico, fino al prossimo ospedale più vicino con un mezzo di trasporto adatto alle circostanze,
- trasporti di rientro in un ospedale idoneo nel cantone di domicilio della persona assicurata, per effettuare un trattamento stazionario,
- per azioni di soccorso e salvataggio,

dall'assicurazione COMBI vengono corrisposti complessivamente i seguenti contributi:

COMBI Comune/Confort:	CHF 10'000.- per anno civile, se l'importo scoperto supera i CHF 100.- per caso.
COMBI Semiprivata/Flex:	CHF 20'000.- per anno civile.
COMBI Privata/Infortuni privati:	CHF 30'000.- per anno civile.
COMBI Global:	illimitati.

I trasporti aerei vengono assunti unicamente se medicalmente o tecnicamente inevitabili.

Non è prevista alcuna copertura assicurativa per i costi di trasporto rimborsati a seguito di un'affiliazione (qualità di sostenitore) ad una guardia aerea o ad organizzazioni simili.

4.3. Spese di viaggio

COMBI rimborsa il 90% delle spese, fino a CHF 300 per anno civile, per l'utilizzo di mezzi pubblici di trasporto alla persona assicurata che deve sottoporsi a trattamenti ciclici di dialisi, radioterapia o chemioterapia per tragitti superiori a 30 chilometri dal luogo di residenza.

4.4. Servizio custodia infantile

4.4.1. Principio

La COMBI dell'infante assicurato versa un contributo per il servizio di assistenza e cure effettuato da una sezione della Croce Rossa Svizzera (CRS) per bambini fino a 12 anni compiuti.

La base per l'attuazione è fornita da una regolamentazione contrattuale tra ÖKK e la CRS.

4.4.2. Presupposto per l'elargizione di prestazioni

Le prestazioni vengono corrisposte dal momento che, sulla base degli accertamenti della CRS, l'infante necessita di assistenza e cure a causa di una malattia acuta o di un infortunio. L'apporto di prestazioni è limitato esclusivamente all'assistenza e alle cure corrisposte dal personale della CRS competente, in tal senso formato ed autorizzato.

A condizione che le persone cui è affidata la loro educazione perseguano un'attività lavorativa, le prestazioni risultano a beneficio degli infanti ed estese alla durata di assistenza necessaria.

4.4.3. Estensione delle prestazioni

La COMBI dell'infante assicurato corrisponde per il servizio assistenza e cure un importo massimo CHF 30.- per ora fino ad un massimo di CHF 600.- per anno civile.

4.5. Trattamento medico di conseguenze d'infortuni nella COMBI Infortuni privati

4.5.1. Trattamento da parte di medici senza assoggettamento alla LAMal

Per trattamenti da parte di medici che non si sono assoggettati alla LAMal, la COMBI Infortuni privati corrisponde prestazioni secondo il tariffario LAMal.

4.5.2. Visite private presso medici ospedalieri specialisti senza assoggettamento alla LAMal

Per visite mediche ambulatorie private presso medici primari in cliniche universitarie, che non si sono assoggettati alla LAMal, le prestazioni vengono corrisposte secondo il tariffario ufficiale.

4.5.3. Trattamenti medici d'urgenza all'estero

Se la persona assicurata non dispone delle coperture COMPLEMENTARE PRIVATA, ÖKK OPTIMA o ÖKK PREMIUM in caso di trattamento medico d'urgenza all'estero, la COMBI Infortuni privati garantisce la piena copertura delle spese in maniera complementare alle prestazioni della BASE.

4.6. Rooming-in

Se un bambino necessita di cure stazionarie, in caso di permanenza di una parte parentale in ospedale nella camera del bambino, l'assicurazione COMBI del bambino rimborsa fino a CHF 50 al giorno. Se una parte parentale necessita di cure stazionarie, in caso di permanenza del bambino in ospedale nella camera della parte parentale, l'assicurazione COMBI della parte parentale rimborsa fino a CHF 50 al giorno.

4.7. Indennità giornaliera ospedaliera

COMBI Comune versa, dopo un termine di attesa pari a 5 giorni, un'indennità giornaliera di CHF 15 fino a 730 giorni. Il menzionato periodo di attesa s'intende per anno civile.

5. Maternità

5.1. Spese per la cura stazionaria

In virtù del grado d'assicurazione sottoscritto dalla madre, la COMBI assume per la madre ed il bambino, i costi non coperti in occasione di un parto.

Se il neonato non è assicurato presso ÖKK, la COMBI della madre ne assume i costi non coperti in complemento all'assicurazione del neonato conclusa altrove.

Se la madre non è assicurata con ÖKK, la COMBI del neonato ne assume i costi non coperti in complemento all'assicurazione della madre.

5.2. Parto in clinica neonatale

In caso di parto in una clinica neonatale riconosciuta da ÖKK, ma non ritenuta nell'elenco ospedaliero cantonale, vengono corrisposte le seguenti prestazioni:

COMBI Comune/Confort:	fino a CHF 1'000.- per parto
COMBI Semiprivata/Flex:	fino a CHF 2'000.- per parto
COMBI Privata/Global:	piena copertura dei costi

Per gli assicurati COMBI Flex la partecipazione alle spese supplementare secondo le condizioni COMBI Flex, decade.

5.3. Aiuto domiciliare post-parto

5.3.1. Principio

La COMBI corrisponde dei contributi alle spese per aiuti domiciliari

prescritti da un medico e dispensati da personale riconosciuto dall'assicuratore.

Tali contributi sono corrisposti in sostituzione delle prestazioni ordinarie SPITEX.

Le prestazioni sono parimenti corrisposte, anche se l'aiuto è concesso da familiari della persona assicurata, in grado di dimostrare di aver subito per questo motivo una perdita di guadagno.

5.3.2. Parto in ospedale

Successivamente ad un parto in ospedale vengono corrisposti i seguenti contributi:

COMBI

Comune/Confort: fino a CHF 60.-/giorno, mass. CHF 600.-

COMBI

Semiprivata/Flex: fino a CHF 100.-/giorno, mass. CHF 1'000.-

COMBI Privata: fino a CHF 100.-/giorno, mass. CHF 1'300.-

COMBI Global: fino a CHF 110.-/giorno, mass. CHF 1'600.-

5.3.3. Parto casalingo

In caso di parto casalingo o a seguito di un parto ambulatoriale vengono corrisposti i seguenti contributi:

COMBI

Comune/Confort: fino a CHF 60.-/giorno, mass. CHF 840.-

COMBI

Semiprivata/Flex: fino a CHF 105.-/giorno, mass. CHF 1'500.-

COMBI Privata: fino a CHF 135.-/giorno, mass. CHF 1'900.-

COMBI Global: fino a CHF 165.-/giorno, mass. CHF 2'310.-

5.4. COMBI Infortuni privati

La COMBI Infortuni privati non prevede prestazioni in caso di maternità (eccettuata la regolamentazione concernente il rooming-in).

6. Complemento per gli infortuni

In seguito ad una degenza ospedaliera a causa di un infortunio vengono assunte le spese per i mezzi ausiliari necessari per la cura delle conseguenze d'infortunio secondo la prassi dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni.

Allo stesso modo vengono assunte le spese per i mezzi ausiliari i quali sostituiscono una parte oppure una funzione del corpo, se questi sono stati danneggiati a causa di un infortunio che ha richiesto una cura ospedaliera.

7. Variante CASAMED

7.1. In generale

Per le persone assicurate presso ÖKK le quali sono assicurate nella Variante CASAMED dell'assicurazione BASE valgono nell'assicurazione COMBI le seguenti prestazioni supplementari.

7.2. Categorie delle prestazioni

Per assicurati CASAMED sono disponibili le categorie di prestazioni COMBI Comune, Semiprivata, Privata, Infortuni privati, Flex e Confort.

7.3. Premesse generali per le prestazioni

Le prestazioni della COMBI Comune, Semiprivata, Privata, Infortuni Privati, Flex e Confort vengono corrisposte, se sono avvenute

secondo il principio del medico di famiglia. Le prestazioni devono essere prescritte o ordinate dal medico di famiglia CASAMED, presso cui la persona assicurata è iscritta.

Le istituzioni telemediche possono essere riconosciute da ÖKK quali medici di famiglia CASAMED.

7.4. Scelta dell'ospedale

In vista di una cura economica la Cassa può designare gli ospedali ai quali viene affidata esclusivamente l'assistenza medica degli assicurati CASAMED.

7.5. Oculisti/e, ginecologi/ghe, pediatri

Per assicurati CASAMED che si sottopongono a visite di routine da oculisti/e, ginecologi/ghe e pediatri vengono assunte le spese per le operazioni ambulatoriali o stazionarie prescritte da personale medico dopo la consultazione da parte della dottoressa o del dottore CASAMED.

7.6. Urgenze

Nell'ambito della COMBI Comune, Semiprivata, Privata, Infortuni privati, Flex e Confort, le urgenze sono coperte indipendentemente dal fornitore di prestazioni scelto. Su riserva di verifica del medico di fiducia in merito all'indicazione medica.

7.7. Esclusione di prestazioni

Nel caso in cui un membro si reca tranne che per i menzionati casi eccezionali in cura presso un fornitore di prestazioni che non rientra nel suo diritto di scelta, tutte le spese vanno a suo carico.

8. ECOPIANO, variante con scelta d'ospedale limitata

8.1. In generale

Nel quadro delle assicurazioni COMBI Semiprivata e Privata esiste la variante con scelta d'ospedale limitata ECOPIANO.

L'assicurazione ECOPIANO può essere limitata a persone assicurate con domicilio in una regione particolare.

8.2. Scelta / disdetta dell'ECOPIANO

L'assicurazione ECOPIANO può essere scelta nel momento d'affiliazione all'assicurazione COMBI oppure in un qualsiasi momento per l'inizio di ogni mese come da calendario.

Il passaggio dall'assicurazione ECOPIANO all'ordinaria assicurazione COMBI può aver luogo per ogni fine d'anno civile con osservanza di un termine di disdetta di tre mesi.

8.3. Volume delle prestazioni

Per l'assicurazione ECOPIANO vengono fornite le prestazioni dell'assicurazione COMBI. Sono coperte le spese in caso di degenza ospedaliera, a condizione che la cura venga eseguita in un ospedale designato esclusivamente dall'assicuratore.

L'assicuratore designa gli ospedali riconosciuti per questa variante di copertura. L'elenco con gli ospedali ECOPIANO viene aggiornato oppure completato continuamente e può essere visionato oppure richiesto in qualsiasi momento dalla Cassa.

8.4. Cura in un altro ospedale

Nel caso in cui la persona assicurata si dovesse far curare in un ospedale che non rientra nell'assicurazione ECOPIANO, tranne nei casi eccezionali menzionati in seguito, tutte le spese vanno a carico della persona assicurata.

Casi d'emergenza e cure necessarie per motivi medici in un ospedale non ECOPIANO sono coperti nel quadro dell'assicurazione COMBI, indipendentemente dal fornitore di prestazioni scelto. Tranne per i casi d'emergenza questa prestazione viene fornita solo dopo previa richiesta alla Cassa. Rimane riservato il controllo dell'indicazione medica da parte di un medico di fiducia.

9. Franchigia e rimborso nella COMBI semiprivata, privata e global

9.1. Franchigia

9.1.1. Aspetti generali

Beneficiando di una corrispondente riduzione di premio, è concessa alle persone adulte assicurate nella COMBI semiprivata, privata e global, la possibilità di optare per una franchigia in caso di trattamenti ospedalieri.

La franchigia opzionale viene riscossa con un importo annuo fisso. La franchigia decade, allorché la persona assicurata è degente nel reparto comune (camera a più letti) di un ospedale acuto svizzero con tariffa riconosciuta.

La mezza franchigia decade, allorché le persone assicurate con la COMBI privata e global sono degenti nel reparto semiprivato (camera a due letti) di un ospedale acuto svizzero con tariffa riconosciuta.

La partecipazione ai costi decade, allorché secondo le presenti condizioni assicurative, vengono corrisposti dalla COMBI unicamente dei rimborsi forfetari. Fanno eccezione le prestazioni COMBI ottenute all'estero. Sulle stesse viene riscossa una corrispondente partecipazione ai costi.

9.1.2. Cambio / disdetta della franchigia

Il cambio da una franchigia bassa ad una più elevata può verificarsi solo per l'inizio di un anno civile.

La cessazione risp. il cambio ad una franchigia più bassa può verificarsi al più presto un anno dopo l'ammissione alla variante con franchigia opzionale con osservanza di un termine di disdetta di tre mesi per la fine di un anno civile. La cessazione risp. il cambio ad una franchigia più bassa viene considerata come domanda di contratto d'assicurazione nuovo.

9.1.3. Ammontare della franchigia

Per trattamenti ospedalieri, la COMBI semiprivata, privata e global prevedono le seguenti franchigie a scelta:

CHF 2'000.- per anno civile

CHF 5'000.- per anno civile

La franchigia può essere adattata allo sviluppo delle spese.

La partecipazione alle spese legale della BASE viene riscossa ulteriormente.

9.2. Rimborso

ÖKK COMBI semiprivata, privata e global prevede un rimborso per assicurati che abbiano compiuto il 16° anno di età se questi

scelgono in ospedali acuti svizzeri un reparto più conveniente di quello che hanno assicurato.

COMBI semiprivata: reparto comune fino a CHF 300 al giorno
reparto comune, soluzione confort camera singola o doppia fino a CHF 200 al giorno

COMBI provata

COMBI global: reparto comune fino a CHF 400 al giorno
reparto comune, soluzione confort camera singola o doppia fino a CHF 300 al giorno
reparto semiprivato fino a CHF 200 al giorno

I contributi possono essere adeguati tenendo conto dell'evoluzione dei costi ospedalieri. In caso di una riduzione dei contributi sorge il diritto di recesso ai sensi dell'art. 8.2. delle Condizioni comuni. Viene versato un rimborso se non è stata concordata alcuna franchigia.

10. Partecipazione alle spese nella COMBI Flex

10.1. Ammontare della partecipazione ai costi

Grazie alla COMBI Flex la persona assicurata ha la possibilità di scegliere autonomamente il reparto prima del ricovero in ospedale. Con la scelta del reparto viene contemporaneamente stabilita la partecipazione alle spese ospedaliere.

A dipendenza del reparto scelto, in caso di trattamento ospedaliero vengono rimosse sulle prestazioni COMBI Flex le seguenti partecipazioni annue alle spese:

Trattamento nel:	Partecipazione ai costi per prestazioni da COMBI Flex
reparto comune:	nessuna
reparto comune, soluzione confort con camera doppia:	10% fino a un massimo di CHF 200 per anno civile
reparto comune, soluzione confort con camera singola:	10% fino a un massimo di CHF 200 per anno civile
reparto semiprivato:	15% fino ad un massimo di CHF 1'500 per anno civile
reparto privato:	25% fino ad un massimo di CHF 4'500 per anno civile

Questa partecipazione ai costi vale anche in caso di prestazioni di maternità.

La partecipazione ai costi decade, allorché secondo le presenti condizioni assicurative, vengono corrisposti dalla COMBI unicamente dei rimborsi forfetari. Fanno eccezione le prestazioni COMBI ottenute all'estero. Sulle stesse viene riscossa una corrispondente partecipazione ai costi.

La partecipazione può essere adeguata all'evoluzione dei costi.

La partecipazione ai costi prevista per legge della BASE viene riscossa aggiuntivamente.

10.2. Massima partecipazione alle spese per famiglie

Se due o più persone che vivono nella stessa economia domestica sono assicurate nella COMBI Flex, in questo caso può essere richiesto il rimborso delle partecipazioni alle spese che superano l'importo di CHF 4'500.- per anno civile.

ÖKK FAMILY

ÖKK Versicherungen AG, Edizione 1.1.2012

Indice

1. Fondamenti assicurativi

- 1.1. Garante assicurativo
- 1.2. Condizioni comuni
- 1.3. Scopo
- 1.4. Condizioni per le prestazioni
- 1.5. Campo di applicazione territoriale
- 1.6. Stipula assicurativa

2. Trattamento ambulatoriale

- 2.1. Trattamento medico al di fuori del luogo di residenza o di lavoro
- 2.2. Cure mediche urgenti all'estero
- 2.3. Psicoterapia eseguita da personale non medico
- 2.3.1. Entità delle prestazioni
- 2.3.2. Condizioni per le prestazioni
- 2.4. Bagni termali
- 2.5. Sterilizzazione

3. Cura stazionaria

- 3.1. Trattamento ospedaliero
- 3.1.1. Condizioni per le prestazioni
- 3.1.2. Entità delle prestazioni
- 3.1.3. Trattamento in reparto ospedaliero di categoria superiore
- 3.1.4. Cure in un ospedale fuori elenco
- 3.2. Riabilitazione stazionaria
- 3.3. Clinica psichiatrica
- 3.4. Emergenza all'estero
- 3.5. Cure
- 3.5.1. Cure di ristabilimento
- 3.5.2. Balneoterapia
- 3.5.3. Altre cure
- 3.5.4. Comportamento in caso di cura
- 3.6. Assistenza domiciliare
- 3.6.1. Aspetti generali
- 3.6.2. Estensione delle prestazioni
- 3.6.3. Fornitori di prestazioni
- 3.7. Servizio custodia infantile
- 3.7.1. In generale
- 3.7.2. Condizioni per le prestazioni
- 3.7.3. Estensione delle prestazioni
- 3.8. Rooming-in

4. Maternità

- 4.1. Spese per la cura stazionaria
- 4.2. Camera a due letti o camera famiglia
- 4.3. Parto in clinica neonatale
- 4.4. Aiuto domiciliare post-parto
- 4.4.1. Aspetti generali
- 4.4.2. Entità prestazioni in caso di parto in ospedale
- 4.4.3. Entità prestazioni in caso di parto casalingo o parto ambulatoriale
- 4.5. Preparazione al parto
- 4.6. Indennità allattamento

5. Prevenzione

- 5.1. Visita - Check up
- 5.2. Esame ginecologico preventivo
- 5.3. Conto della salute
- 5.3.1. Estensione delle prestazioni
- 5.3.2. Condizioni per le prestazioni
- 5.4. Vaccinazione

6. Strumenti ausiliari

- 6.1. Mezzi ausiliari per la vista
- 6.2. Altri strumenti ausiliari

7. Cure dentarie

- 7.1. Denti del giudizio
- 7.2. Prestazione complementare per bambini e giovani
- 7.3. Prestazione della collettività
- 7.4. Fornitori di prestazioni e tariffe
- 7.5. Trattamento all'estero

8. Medicina alternativa

9. Medicinali e rimedi

- 9.1. Medicinali non ammessi
- 9.2. Rimedi naturali

10. Costi di trasporto, ricerca, recupero e salvataggio

- 10.1. Costi di trasporto, azioni di soccorso e salvataggio in casi d'urgenza
- 10.1.1. Entità delle prestazioni
- 10.1.2. Partecipazione ai costi
- 10.1.3. Prestazioni di terzi
- 10.2. Azioni di ricerca
- 10.3. Spese di viaggio

11. Variante CASAMED

- 11.1. In generale
- 11.2. Principio del medico di famiglia
- 11.3. Eccezioni del principio del medico di famiglia
- 11.4. Ospedali
- 11.5. Altri specialisti
- 11.6. Misure preventive, medicina alternativa, medicinali non ammessi, rimedi naturali
- 11.7. Altri fornitori di prestazioni
- 11.8. Emergenza
- 11.9. Esclusione di prestazioni, esclusione variante CASAMED
- 11.9.1. Esclusione prestazioni
- 11.9.2. Esclusione variante CASAMED
- 11.10. Disbrigo delle prestazioni
- 11.10.1. Conteggio forfetario
- 11.10.2. Prestazioni disposte

La forma maschile utilizzata in queste CGA vale anche per le persone di sesso femminile.

1. Fondamenti assicurativi

1.1. Garante assicurativo

Garante assicurativo è ÖKK Versicherungen AG, Landquart (ÖKK).

1.2. Condizioni comuni

Le Condizioni comuni (CC) di ÖKK sono parte integrante delle presenti Condizioni Generali di assicurazione (CGA). In caso di divergenze, le CGA precedono le Condizioni comuni di ÖKK Versicherungen AG.

1.3. Scopo

ÖKK FAMILY corrisponde prestazioni per trattamenti ambulatoriali e stazionari in caso di malattia, infortunio e gravidanza e per emergenze all'estero.

ÖKK FAMILY corrisponde prestazioni per trattamenti medici al di fuori del luogo di residenza o di lavoro, misure preventive, strumenti ausiliari, cure dentarie, metodi terapeutici o di trattamento alternativi, spese di trasporto, ricerca, salvataggio e azioni di recupero, medicinali non ammessi, rimedi naturali, cure, assistenza a domicilio esterna alla struttura ospedaliera e paga un'indennità allattamento.

ÖKK FAMILY corrisponde prestazioni in complemento all'assicurazione di base obbligatoria (BASE). Delle spese complessive viene assunta solo quella parte di costi non coperta da un'altra assicurazione sociale (incl. BASE presso un altro assicuratore).

Le prestazioni di ÖKK FAMILY vengono fornite prima di tutte le altre assicurazioni secondo LCA stipulate presso ÖKK. Da ogni assicurazione viene detratta la relativa partecipazione individuale.

1.4. Condizioni per le prestazioni

ÖKK FAMILY accorda prestazioni se la cura è necessaria per ragioni mediche e viene eseguita da fornitori di prestazioni riconosciuti per questo scopo da ÖKK.

ÖKK FAMILY corrisponde prestazioni se le cure ospedaliere vengono effettuate in un ospedale conformemente all'art. 39 della Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal).

Vengono considerati ospedali con tariffa riconosciuta quelle strutture con le quali ÖKK ha convenuto le suddette tariffe o che si attengono a tale tariffazione anche senza accordo.

1.5. Campo di applicazione territoriale

ÖKK FAMILY copre le prestazioni in Svizzera se non stabilito diversamente.

1.6. Stipula assicurativa

ÖKK FAMILY può essere stipulata fino alla fine del 60esimo anno d'età.

2. Trattamento ambulatoriale

2.1. Trattamento medico al di fuori del luogo di residenza o di lavoro

ÖKK FAMILY si assume, in complemento alle prestazioni dell'assicurazione BASE, il 90% delle spese di cure, eseguite da medici

riconosciuti LAMal, che avvengono al di fuori del luogo di residenza o di lavoro dell'assicurato, conformemente alle tariffe LAMal risultanti in vigore sul luogo di trattamento.

2.2. Cure mediche urgenti all'estero

ÖKK FAMILY copre le spese di cure mediche urgenti all'estero in caso di soggiorno transitorio all'estero.

2.3. Psicoterapia eseguita da personale non medico

2.3.1. Entità delle prestazioni

ÖKK FAMILY corrisponde il 50% delle spese, fino a CHF 1'000 per anno civile, per trattamento di malattie psichiche eseguite dai psicoterapisti qualificati non medici in possesso del permesso cantonale per la gestione indipendente di uno studio medico.

2.3.2. Condizioni per le prestazioni

ÖKK FAMILY corrisponde prestazioni in base al permesso accordato dal medico di fiducia in merito alla richiesta di garanzia di assunzione dei costi.

ÖKK FAMILY non corrisponde prestazioni per trattamenti di psicoterapia che abbiano quali obiettivi la realizzazione personale, lo sviluppo della personalità o finalità educative, e nemmeno per trattamenti contemporanei presso altri psicologi o psichiatri.

2.4. Bagni termali

ÖKK FAMILY corrisponde per la frequentazione di bagni termali prescritti da un medico, il 50% delle spese fino ad un massimo di dodici entrate per anno civile.

2.5. Sterilizzazione

ÖKK FAMILY copre il 50% fino a CHF 1'000 delle spese per sterilizzazione e vasetomia praticate su adulti.

3. Cura stazionaria

3.1. Trattamento ospedaliero

3.1.1. Condizioni per le prestazioni

ÖKK FAMILY fornisce prestazioni se la persona assicurata risulta avere necessità di degenza ospedaliera ai sensi della BASE.

3.1.2. Entità delle prestazioni

ÖKK FAMILY si assume a complemento delle prestazioni della BASE, le spese in caso di degenza ospedaliera nel reparto generale.

3.1.3. Trattamento in reparto ospedaliero di categoria superiore
Se il trattamento avviene in un reparto superiore rispetto a quello generale, sono coperte al massimo le spese che risulterebbero generate in un reparto generale. Se tali spese non vengono individuate, ÖKK FAMILY corrisponde un forfetario pari a CHF 30.- al giorno.

3.1.4. Cure in un ospedale fuori elenco

Se il trattamento avviene in un ospedale non riportato nell'elenco ospedaliero cantonale, ÖKK FAMILY corrisponde fino a CHF 30.- al giorno.

3.2. Riabilitazione stazionaria

Se il trattamento medico viene effettuato in un sanatorio multifunzionale o in una clinica di riabilitazione riconosciuti da ÖKK FAMILY copre i costi fino a 60 giorni per anno civile nel reparto generale.

3.3. Clinica psichiatrica

In caso di degenza stazionaria in una clinica psichiatrica, di cura psichiatrica in un ospedale acuto o in una clinica specialistica, ÖKK FAMILY copre i costi fino a 90 giorni ogni tre anni dei costi nel reparto comune.

3.4. Emergenza all'estero

ÖKK FAMILY copre le spese per cure stazionarie all'estero in casi di emergenza prestate in ospedale, nel reparto comune, nel corso di un soggiorno transitorio all'estero, a condizione che un rimpatrio non sia possibile da un punto di vista medico. A ÖKK deve essere subito inoltrato, al più tardi entro i dieci giorni successivi all'ingresso in ospedale, una richiesta di garanzia di assunzione dei costi.

3.5. Cure

3.5.1. Cure di ristabilimento

Per le cure di ristabilimento prescritte a seguito di una degenza ospedaliera ÖKK FAMILY corrisponde CHF 50 al giorno fino a un massimo di 21 giorni per anno civile. E' concessa la libera scelta tra i sanatori a conduzione medica riconosciuti da ÖKK.

3.5.2. Balneoterapia

ÖKK FAMILY corrisponde CHF 30 al giorno, fino a un massimo di 21 giorni per anno civile.

E' concessa la libera scelta tra gli stabilimenti termali a conduzione medica riconosciuti da ÖKK. A ÖKK è concessa la facoltà di richiedere una visita d'entrata da parte di un medico dello stabilimento termale, nonché un controllo d'uscita con rapporto finale all'attenzione del medico che ha prescritto la cura.

3.5.3. Altre cure

ÖKK FAMILY può, su richiesta del medico di fiducia, in caso di indicazione medica speciale per altre cure prescritte dal medico, indennizzare un globale fino ad un ammontare del contributo della cura termale.

3.5.4. Comportamento in caso di cura

La prescrizione medica per una cura termale deve essere presentata alla ÖKK due settimane prima dell'inizio della cura, inclusa la diagnosi. In caso d'interruzione di una cura, le spese parziali possono essere assunte solo se l'interruzione avviene a causa di malattia o altri motivi imperativi, e che per questo ci sia un attestato da parte di un medico termale.

3.6. Assistenza domiciliare

3.6.1. Aspetti generali

Se, in caso di malattia o infortunio, una degenza in ospedale può essere evitata o accorciata, ÖKK FAMILY si assume le spese su prescrizione medica per contributi per l'assistenza domiciliare extraospedaliera, a condizione che le condizioni familiari o domiciliari lo permettano.

3.6.2. Estensione delle prestazioni

ÖKK FAMILY si assume le spese di servizi domiciliari riconosciuti fino a CHF 50.- al giorno, fino a un massimo di CHF 1'000.- per anno civile. La prestazione viene corrisposta anche in assenza di convenzione tra fornitori di prestazioni e ÖKK.

Se la persona assicurata è responsabile dell'accudimento di almeno un bambino, ÖKK FAMILY corrisponde fino a CHF 100.- al giorno, al massimo fino a CHF 2'000.- per anno civile.

Nessuna prestazione viene corrisposta in caso di degenza in casa di cura.

3.6.3. Fornitori di prestazioni

Come aiuto domiciliare viene riconosciuto chi professionalmente o contrattualmente per un'organizzazione riconosciuta da ÖKK esegue i lavori casalinghi in rappresentanza dell'assicurato.

Aiuti forniti da famigliari dell'assicurato vengono riconosciuti se questi causano al parente perdite di guadagno.

3.7. Servizio custodia infantile

3.7.1. In generale

ÖKK FAMILY corrisponde contributi a servizi di assistenza e cure per bambini fino a 12 anni compiuti.

La base per l'attuazione è fornita da una regolamentazione contrattuale tra ÖKK e le organizzazioni di servizi di custodia infantile riconosciuti da ÖKK.

3.7.2. Condizioni per le prestazioni

Le prestazioni vengono corrisposte dal momento che l'infante necessita di assistenza e cure a causa di una malattia acuta o di un infortunio. L'apporto di prestazioni è limitato all'assistenza e alle cure corrisposte dal personale dell'organizzazione riconosciuta da ÖKK. Le prestazioni risultano a beneficio degli infanti ed estese alla durata di assistenza necessaria, a condizione che le persone cui è affidata la loro educazione perseguano un'attività lavorativa.

3.7.3. Estensione delle prestazioni

ÖKK FAMILY corrisponde per il servizio assistenza e cure fino a CHF 30.- a ora, per un massimo di CHF 600.- per anno civile.

3.8. Rooming-in

Allorquando un infante necessita di cure stazionarie, in caso di contemporanea permanenza di una parte parentale in ospedale nella camera con il bambino, la copertura assicurativa ÖKK FAMILY del bambino corrisponde al massimo CHF 100 al giorno.

Allorquando una parte parentale necessita di cure stazionarie, in caso di contemporanea permanenza del bambino in ospedale nella camera della parte parentale, la copertura assicurativa ÖKK FAMILY della parte parentale corrisponde al massimo tuttavia CHF 100 al giorno.

4. Maternità

4.1. Spese per la cura stazionaria

ÖKK FAMILY si assume i costi non coperti dalla BASE per parto in ospedale, nel reparto generale. Se il neonato non è assicurato presso ÖKK, la copertura assicurativa ÖKK FAMILY della madre si assume i costi ospedalieri non coperti del bambino nel reparto generale.

4.2. Camera a due letti o camera famiglia

ÖKK FAMILY si assume in caso di parto fino a CHF 200 al giorno dei costi supplementari per una camera a due letti o camera familiare in uno degli ospedali riconosciuti riportati in elenco. Le prestazioni mediche e i costi relativi ai trattamenti sono assicurati conformemente alla tariffa del reparto generale.

4.3. Parto in clinica neonatale

ÖKK FAMILY corrisponde fino a CHF 2'000 per parto, nel caso esso avvenga in una clinica neonatale riconosciuta da ÖKK che non sia riportata nell'elenco ospedaliero cantonale.

4.4. Aiuto domiciliare post-parto

4.4.1. Aspetti generali

ÖKK FAMILY corrisponde dei contributi alle spese per aiuti domiciliari prescritti da un medico e dispensati da personale riconosciuto da ÖKK.

Tali contributi sono corrisposti in sostituzione delle prestazioni ordinarie ai sensi della cifra 3.6.

I contributi sono parimenti corrisposti, anche se l'aiuto è dispensato da familiari dell'assicurato e se il parente è in grado di dimostrare di aver subito per questo motivo una perdita di guadagno.

4.4.2. Entità prestazioni in caso di parto in ospedale

ÖKK FAMILY corrisponde a seguito di un parto in ospedale fino a CHF 100.- al giorno, al massimo CHF 700.- per anno civile.

4.4.3. Entità prestazioni in caso di parto casalingo o parto ambulatoriale

ÖKK FAMILY corrisponde a seguito di parto casalingo o parto ambulatoriale fino a CHF 100.- al giorno, al massimo CHF 1'200.- per anno civile.

4.5. Preparazione al parto

ÖKK FAMILY corrisponde fino a CHF 200.- per gravidanza per spese di un corso di preparazione al parto (incl. ginnastica durante la gravidanza e post-parto), a condizione che i corsi vengano gestiti da esperti qualificati.

4.6. Indennità allattamento

ÖKK FAMILY corrisponde un'indennità allattamento di CHF 250.-. L'indennità allattamento viene versata qualora la madre allatti l'infante durante dieci settimane.

5. Prevenzione

5.1. Visita - Check up

ÖKK FAMILY corrisponde il 90%, fino a CHF 300.- per anno civile per visite mediche di check up, nel caso in cui la persona assicurata non abbia usufruito delle prestazioni dell'assicurazione BASE durante due anni civili di seguito.

5.2. Esame ginecologico preventivo

ÖKK FAMILY copre il 90% dei costi di un esame ginecologico preventivo secondo LAMal alla tariffa LAMal per anno civile, a condizione che non vengano erogate prestazioni dall'assicurazione BASE nell'anno civile corrente per un esame preventivo corrispondente.

5.3. Conto della salute

5.3.1. Estensione delle prestazioni

ÖKK FAMILY si assume i costi di misure preventive scelte tra i settori indicati da ÖKK, ovvero Famiglia, Alimentazione, Movimento, e Misure preventive generiche, per il 50% per ogni settore fino a CHF 200.- per anno civile.

L'entità del contributo corrisposto da ÖKK FAMILY a singole misure preventive riconosciute può essere limitato. Nel caso, nel corso di un anno, si ricorra a più misure preventive da diversi ambiti, ÖKK FAMILY corrisponde al massimo a CHF 500.- per anno.

5.3.2. Condizioni per le prestazioni

Le misure preventive e i corsi devono essere riconosciuti da ÖKK.

5.4 Vaccinazione

ÖKK FAMILY copre il 90% dei costi fino a CHF 200 per anno civile per vaccinazione medicalmente riconosciute.

6. Strumenti ausiliari

6.1. Mezzi ausiliari per la vista

ÖKK FAMILY provvede alle spese di lenti oftalmiche (per occhiali o a contatto) necessarie alla correzione della vista fino a CHF 200.- per anno civile.

6.2. Altri strumenti ausiliari

ÖKK FAMILY può assumersi, su prescrizione medica, il 50 % dei costi di noleggio e di acquisto di mezzi ausiliari necessari, adeguati allo stato di salute, per i quali da BASE non vengono fornite prestazioni, fino a un importo massimo complessivo di CHF 250.- per anno civile. Le prestazioni vengono fornite per mezzi ausiliari che migliorano l'uso di funzioni corporali limitate, che sono economici e che corrispondono allo stato della ricerca medica. ÖKK stabilisce quali sono i mezzi ausiliari riconosciuti.

Non sono assicurati i costi risultanti da usura, manutenzione e riparazione di tali mezzi ausiliari.

7. Cure dentarie

7.1. Denti del giudizio

ÖKK FAMILY copre il 90% dei costi per l'estrazione dei denti del giudizio.

Se il trattamento è stazionario, vengono assunti i costi fino all'ammontare della tariffa del reparto comune del cantone di residenza stabilita contrattualmente.

7.2. Prestazione complementare per bambini e giovani

Per bambini e giovani fino a 25 anni di età, inoltre, ÖKK FAMILY si assume:

- le spese per una visita di controllo incluse le radiografie, fino a CHF 60.- per anno civile
- 70% dei costi per cure ortodontiche conformi alle tariffe riconosciute.

Le prestazioni per il trattamento ortodontico vengono corrisposte dopo una durata assicurativa di almeno tre anni (periodo d'attesa).

Se al momento dell'affiliazione esiste un'assicurazione equivalente precedente presso un altro assicuratore, ÖKK rinuncia ad un periodo di carenza a condizione che almeno un genitore sia assicurato presso ÖKK.

7.3. Prestazione della collettività

ÖKK FAMILY indennizza le prestazioni in complemento ad eventuali prestazioni dei cantoni e comuni.

7.4. Fornitori di prestazioni e tariffe

ÖKK FAMILY provvede secondo il tariffario valevole per le prestazioni odontoiatriche ai sensi della LAMal. Se un medico odontoiatra si avvale di un tariffario più elevato di quello per l'assicurazione delle cure sanitarie obbligatoria, la differenza rimane a carico dell'assicurato.

Si considera medico odontoiatra chi dispone del rispettivo diploma federale o di equivalente valore, oppure chi ha ricevuto dal Cantone l'abilitazione all'esercizio della professione sulla base di un attestato di capacità scientifico.

7.5. Trattamento all'estero

ÖKK FAMILY corrisponde le prestazioni anche se il trattamento avviene in una nazione vicina alla Svizzera. Per nazioni vicine alla Svizzera si considerano quegli stati che confinano direttamente con la Svizzera.

8. Medicina alternativa

ÖKK FAMILY corrisponde prestazioni per trattamenti di medicina alternativa.

ÖKK FAMILY si assume il 70% dei costi, fino a un massimo di CHF 10'000.- per anno civile, a condizione che metodi terapeutici (per esempio, trattamenti ayurvedici, medicina tradizionale cinese, pratiche di medicina naturale) e terapisti o medici siano riconosciuti da ÖKK.

ÖKK designa i metodi terapeutici, i terapisti e i medici riconosciuti e aggiorna l'elenco dei metodi terapeutici riconosciuti.

ÖKK FAMILY si assume il 50% dei costi, fino a un massimo di CHF 1'000.- per anno civile, per ulteriori trattamenti di medicina alternativa eseguiti da personale qualificato.

ÖKK FAMILY non corrisponde prestazioni per metodi terapeutici e per trattamenti effettuati da terapeuti riportati nella lista negativa (LN) di ÖKK.

I trattamenti di medicina alternativa effettuati in una nazione confinante con la Svizzera, sono, in virtù delle presenti disposizioni, coperti al massimo fino alla tariffa usuale, valevole nel luogo di trattamento.

Resta riservata la verifica medico fiduciaria relativa all'indicazione medica ed alle qualifiche professionali di medici e terapeuti.

Non vengono corrisposte prestazioni per trattamenti paralleli da cui non si attende alcun beneficio.

9. Medicinali e rimedi

9.1. Medicinali non ammessi

ÖKK FAMILY corrisponde il 90% dei costi di medicinali prescritti dal medico che non sono riportati nella Lista di medicinali con tariffa (LMT), nell'Elenco delle specialità farmaceutiche (ES) secondo la LAMal né nella lista negativa (LN) di ÖKK.

9.2. Rimedi naturali

ÖKK FAMILY corrisponde il 90% dei costi per rimedi fitoterapeutici, omeopatici e antroposofici come pure per oligosoluzioni, nella misura in cui questi non siano coperti dalla BASE e non siano riportati nella lista negativa (LN) di ÖKK.

10. Costi di trasporto, ricerca, recupero e salvataggio

10.1. Costi di trasporto, azioni di soccorso e salvataggio in casi d'emergenza

10.1.1. Entità delle prestazioni

ÖKK FAMILY provvede ai costi

- di trasporti medicalmente necessari nel più vicino ospedale confacente con un mezzo di trasporto idoneo,
- di trasporti di rimpatrio in un ospedale confacente nel cantone di domicilio della persona assicurata, per la continuazione del trattamento stazionario,
- per azioni di soccorso e salvataggio complessivamente fino a CHF 50'000 per anno civile.

I trasporti con veicoli aerei vengono assunti se assolutamente indispensabile per ragioni mediche e tecniche.

10.1.2. Partecipazione ai costi

La persona assicurata è tenuta ad assumere una partecipazione di CHF 100.- per caso assicurativo.

10.1.3. Prestazioni di terzi

Nessuna copertura assicurativa per trasporti coperti già da un'affiliazione (in qualità di sostenitore) ad una guardia aerea di soccorso o ad un'organizzazione analoga.

10.2. Azioni di ricerca

ÖKK FAMILY si assume in aggiunta ai costi per soccorso e salvataggio, i costi per la ricerca di una persona assicurata fino ad un massimo di CHF 20'000.- per anno civile.

10.3. Spese di viaggio

In caso di trattamento medico ciclico ÖKK FAMILY rimborsa il 90% dei costi, fino a CHF 100 per anno civile, generati dall'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblici per tragitti superiori a 30 chilometri dal luogo di residenza. ÖKK FAMILY copre inoltre il 90% dei costi fino a CHF 300 per anno civile all'assicurato che deve sottoporsi a dialisi, radioterapia o chemioterapia.

11. Variante CASAMED

11.1. In generale

Per le persone assicurate presso ÖKK che nell'assicurazione BASE sono assicurate nella variante CASAMED, valgono le seguenti disposizioni supplementari.

11.2. Principio del medico di famiglia

ÖKK FAMILY fornisce prestazioni in base al principio del medico di famiglia. Le prestazioni devono essere fornite, prescritte o ordinate dal medico di famiglia CASAMED presso cui la persona assicurata è iscritta. Le istituzioni telemediche possono essere riconosciute da ÖKK quali medici di famiglia CASAMED.

11.3. Eccezioni del principio del medico di famiglia

ÖKK FAMILY remunera i costi di trattamenti di routine presso medici oculisti, ginecologi e pediatri, senza consultazione del medico di famiglia CASAMED. Le prestazioni per interventi chirurgici ambu-

latoriali o stazionari, ordinati da queste persone mediche, vengono assunte soltanto dopo consultazione del medico di famiglia CASAMED.

ÖKK FAMILY remunera i costi di trattamenti di medicina alternativa, misure preventive nell'ambito del conto della salute, preparazione al parto, indennità allattamento, trasporti, ricerca, salvataggio e recupero, visita di controllo dentaria senza consultazione del medico di famiglia CASAMED.

11.4. Ospedali

ÖKK può designare gli ospedali ai quali accordare in maniera esclusiva l'assistenza medica degli assicurati CASAMED.

11.5. Altri specialisti

ÖKK può designare al posto del medico di famiglia CASAMED altri specialisti del ramo, che possono fornire, prescrivere o ordinare prestazioni.

11.6. Misure preventive, medicina alternativa, medicinali non ammessi, rimedi naturali

ÖKK può autorizzare il medico di famiglia CASAMED o gli specialisti del ramo indicati a fornire, prescrivere o ordinare misure preventive, trattamenti di medicina alternativa, medicinali non ammessi o rimedi naturali diversi da quelli stabiliti.

11.7. Altri fornitori di prestazioni

ÖKK può designare altri fornitori di prestazioni, quali farmacie, terapeuti, centri sanitari specializzati o fornitori di prestazioni simili, ai quali affidare l'assistenza degli assicurati CASAMED in maniera esclusiva.

11.8. Emergenza

ÖKK FAMILY copre le urgenze indipendentemente dal principio del medico di famiglia. Resta riservata la verifica da parte del medico fiduciario relativa all'indicazione medica.

11.9. Esclusione di prestazioni, esclusione variante CASAMED

11.9.1. Esclusione prestazioni

Se, eccettuati i casi eccezionali elencati in maniera esaustiva, una persona assicurata consulta un fornitore di prestazioni non autorizzato dal suo diritto di scelta, la totalità dei costi che ne deriva va completamente a suo carico.

11.9.2. Esclusione variante CASAMED

ÖKK è autorizzata a trasferire la persona assicurata in caso di recidivo comportamento non conforme alle condizioni della variante CASAMED alla variante assicurativa ordinaria.

11.10. Disbrigo prestazioni

11.10.1. Conteggio forfetario

ÖKK può concordare con il medico di famiglia CASAMED che le prestazioni vengano conteggiate forfetariamente.

11.10.2. Prestazioni disposte

ÖKK può in caso di prestazioni ordinate prima di bonificare le prestazioni, se lo ritiene necessario, richiedere alla persona assicurata o al medico di famiglia CASAMED la comprova che le prestazioni sono avvenute secondo il principio del medico di famiglia.

ÖKK FAMILY FLEX

ÖKK Versicherungen AG, Edizione 1.1.2012

Indice

1. Fondamenti assicurativi

- 1.1. Garante assicurativo
- 1.2. Condizioni comuni
- 1.3. Scopo
- 1.4. Condizioni per le prestazioni
- 1.5. Campo di applicazione territoriale
- 1.6. Stipula assicurativa

2. Trattamento ambulatoriale

- 2.1. Trattamento medico al di fuori del luogo di residenza o di lavoro
- 2.2. Cure mediche di emergenza all'estero
- 2.3. Psicoterapia eseguita da personale non medico
- 2.3.1. Entità delle prestazioni
- 2.3.2. Condizioni per le prestazioni
- 2.4. Bagni termali
- 2.5. Sterilizzazione

3. Cura stazionaria

- 3.1. Trattamento ospedaliero
- 3.1.1. Condizioni per le prestazioni
- 3.1.2. Estensione delle prestazioni
- 3.1.3. Reparto assicurato e partecipazione ai costi
- 3.2. Riabilitazione stazionaria
- 3.3. Clinica psichiatrica
- 3.4. Emergenza all'estero
- 3.5. Cure
- 3.5.1. Cure di ristabilimento
- 3.5.2. Balneoterapia
- 3.5.3. Altre cure
- 3.5.4. Comportamento in caso di cura
- 3.6. Assistenza domiciliare
- 3.6.1. Aspetti generali
- 3.6.2. Entità delle prestazioni
- 3.6.3. Fornitori di prestazioni
- 3.7. Servizio custodia infantile
- 3.7.1. In generale
- 3.7.2. Condizioni per le prestazioni
- 3.7.3. Estensione delle prestazioni
- 3.8. Rooming-in

4. Maternità

- 4.1. Spese per la cura stazionaria
- 4.2. Parto in clinica neonatale
- 4.3. Aiuto domiciliare post-parto
- 4.3.1. Aspetti generali
- 4.3.2. Entità prestazioni in caso di parto in ospedale
- 4.3.3. Entità prestazioni in caso di parto casalingo o parto ambulatoriale
- 4.4. Preparazione al parto
- 4.5. Indennità allattamento

5. Prevenzione

- 5.1. Visita - Check up
- 5.2. Esame ginecologico preventivo
- 5.3. Conto della salute
- 5.3.1. Estensione delle prestazioni
- 5.3.2. Condizioni per le prestazioni
- 5.4. Vaccinazione

6. Strumenti ausiliari

- 6.1. Mezzi ausiliari per la vista
- 6.2. Altri strumenti ausiliari

7. Cure dentarie

- 7.1. Denti del giudizio
- 7.2. Prestazione complementare per bambini e giovani
- 7.3. Prestazione della collettività
- 7.4. Fornitori di prestazioni e tariffe
- 7.5. Trattamento all'estero

8. Medicina alternativa

9. Medicinali e rimedi

- 9.1. Medicinali non ammessi
- 9.2. Rimedi naturali

10. Costi di trasporto, ricerca, recupero e salvataggio

- 10.1. Costi di trasporto, azioni di soccorso e salvataggio in casi d'urgenza
- 10.1.1. Estensione delle prestazioni
- 10.1.2. Partecipazione ai costi
- 10.1.3. Prestazioni di terzi
- 10.2. Azioni di ricerca
- 10.3. Spese di viaggio

11. Variante CASAMED

- 11.1. In generale
- 11.2. Principio del medico di famiglia
- 11.3. Eccezioni del principio del medico di famiglia
- 11.4. Ospedali
- 11.5. Altri specialisti
- 11.6. Misure preventive, medicina alternativa, medicinali non ammessi, rimedi naturali
- 11.7. Altri fornitori di prestazioni
- 11.8. Emergenza
- 11.9. Esclusione di prestazioni, esclusione della variante CASAMED
- 11.9.1. Esclusione prestazioni
- 11.9.2. Esclusione variante CASAMED
- 11.10. Disbrigo delle prestazioni
- 11.10.1. Conteggio forfetario
- 11.10.2. Prestazioni disposte

La forma maschile utilizzata in queste CGA vale anche per le persone di sesso femminile.

1. Fondamenti assicurativi

1.1. Garante assicurativo

Garante assicurativo è ÖKK Versicherungen AG, Landquart (ÖKK).

1.2. Condizioni comuni

Le Condizioni comuni (CC) di ÖKK Versicherungen AG sono parte integrante delle presenti Condizioni Generali di assicurazione (CGA). In caso di divergenze, le CGA precedono le Condizioni generali di ÖKK Versicherungen AG.

1.3. Scopo

ÖKK FAMILY FLEX corrisponde prestazioni per trattamenti ambulatoriali e stazionari in caso di malattia, infortunio o gravidanza e per emergenze all'estero.

ÖKK FAMILY FLEX corrisponde prestazioni per trattamenti medici al di fuori del luogo di residenza o di lavoro, misure preventive, strumenti ausiliari, cure dentarie, metodi terapeutici o di trattamento alternativi, spese di trasporto, ricerca, salvataggio e azioni di recupero, medicinali non ammessi, rimedi naturali, cure, assistenza a domicilio esterna alla struttura ospedaliera e paga un'indennità allattamento.

ÖKK FAMILY FLEX corrisponde prestazioni in complemento all'assicurazione di base obbligatoria (BASE). Delle spese complessive viene assunta solo quella parte di costi non coperta da un'altra assicurazione sociale (incl. BASE presso un altro assicuratore).

Le prestazioni di ÖKK FAMILY FLEX vengono fornite prima di tutte le altre assicurazioni secondo LCA stipulate presso ÖKK. Da ogni assicurazione viene detratta la relativa partecipazione individuale.

1.4. Condizioni per le prestazioni

ÖKK FAMILY FLEX accorda prestazioni se la cura è necessaria per ragioni mediche e viene eseguita da fornitori di prestazioni riconosciuti per questo scopo da ÖKK.

ÖKK FAMILY FLEX corrisponde prestazioni se le cure ospedaliere vengono effettuate in un ospedale conformemente all'art. 39 della Legge federale sull'assicurazione malattia (LAMal).

Viene considerato un ospedale con tariffa riconosciuta quelle strutture ospedaliere con le quali ÖKK ha convenuto le suddette tariffe o quegli ospedali che si attengono a tale tariffazione anche senza accordo.

1.5. Campo di applicazione territoriale

ÖKK FAMILY FLEX copre le prestazioni in Svizzera se non stabilito diversamente.

1.6. Stipula assicurativa

ÖKK FAMILY può essere stipulata fino alla fine del 60esimo anno d'età.

2. Trattamento ambulatoriale

2.1. Trattamento medico al di fuori del luogo di residenza o di lavoro

FAMILY FLEX si assume, in complemento alle prestazioni dell'assicurazione BASE, il 90% delle spese di trattamenti, eseguite da

medici riconosciuti LAMal, che avvengono al di fuori del luogo di residenza o di lavoro dell'assicurato, conformemente alle tariffe LAMal risultanti in vigore sul luogo di trattamento.

2.2. Cure mediche urgenti all'estero

ÖKK FAMILY FLEX copre le spese di cure mediche urgenti all'estero in caso di un soggiorno all'estero transitorio.

2.3. Psicoterapia eseguita da personale non medico

2.3.1. Entità delle prestazioni
ÖKK FAMILY FLEX corrisponde il 50% delle spese, fino a CHF 1'000 per anno civile, per la cura di malattie psichiche eseguite da psicoterapisti qualificati non medici in possesso del permesso cantonale per la gestione indipendente di uno studio medico.

2.3.2. Condizioni per le prestazioni
ÖKK FAMILY FLEX corrisponde prestazioni in base al permesso accordato dal medico di fiducia in merito alla richiesta di garanzia di assunzione dei costi.

ÖKK FAMILY FLEX non corrisponde prestazioni per trattamenti di psicoterapia che abbiano quali obiettivi la realizzazione personale, lo sviluppo della personalità o finalità educative, e nemmeno per trattamenti contemporanei presso altri psicologi o psichiatri.

2.4. Bagni termali

ÖKK FAMILY FLEX corrisponde per la frequentazione di bagni termali prescritti da un medico, il 50% delle spese fino ad un massimo di dodici entrate per anno civile.

2.5. Sterilizzazione

ÖKK FAMILY FLEX copre il 50% fino a CHF 1'000 delle spese per sterilizzazione e vasetomia praticate su adulti.

3. Cura stazionaria

3.1. Trattamento ospedaliero

3.1.1. Condizioni per le prestazioni
ÖKK FAMILY FLEX fornisce prestazioni se la persona assicurata risulta avere necessità di degenza ospedaliera ai sensi della BASE.

3.1.2. Estensione delle prestazioni
ÖKK FAMILY FLEX si assume a complemento delle prestazioni della BASE, le spese in caso di degenza ospedaliera. Viene riscossa la partecipazione ai costi della BASE.

La persona assicurata sceglie il reparto con relativa partecipazione ai costi prima del ricovero.

3.1.3. Reparto assicurato e partecipazione ai costi
L'assicurato può scegliere tra i seguenti reparti:

Reparto	Partecipazione ai costi
reparto comune:	nessuna
reparto comune, soluzione confort con camera doppia:	10% massimo CHF 200 per anno civile
reparto comune, soluzione confort con camera singola:	10% massimo CHF 200 per anno civile
reparto comune, soluzione confort con camera familiare (solo in caso di parto):	10%, massimo CHF 200 per anno civile

reparto semiprivato: 15% massimo CHF 1'500 per anno civile

reparto semiprivato, camera familiare (solo in caso di parto): 15%, massimo CHF 1'500 per anno civile

In caso di parto in uno degli ospedali dell'elenco riconosciuti da ÖKK in una camera con soluzione confort (singola, doppia, familiare) del reparto comune, non è prevista alcuna partecipazione ai costi.

La partecipazione ai costi per famiglie, i cui componenti vivono nello stesso domicilio, è limitata a CHF 3'000 per anno civile. La partecipazione ai costi può essere adeguata all'evoluzione dei costi.

ÖKK FAMILY FLEX copre fino a CHF 200 al giorno delle spese supplementari in una camera con soluzione confort (singola, doppia, familiare) o nella camera familiare del reparto semiprivato.

3.2. Riabilitazione stazionaria

Se il trattamento medico viene effettuato in un sanatorio multifunzionale o in una clinica di riabilitazione riconosciuti da ÖKK, ÖKK FAMILY FLEX corrisponde prestazioni fino a 60 giorni per anno civile nel reparto assicurato ai sensi delle disposizioni per cure ospedaliere definite alla lit. 3.1.3.

3.3. Clinica psichiatrica

In caso di degenza stazionaria in una clinica psichiatrica, di cura psichiatrica in un ospedale acuto o in una clinica specialistica, ÖKK FAMILY FLEX fornisce prestazioni fino a 90 giorni ogni tre anni civili nel reparto assicurato ai sensi delle disposizioni per cure ospedaliere definite alla lit. 3.1.3.

3.4. Emergenza all'estero

ÖKK FAMILY FLEX copre le spese per cure stazionarie all'estero in casi di emergenza prestate in ospedale, nel reparto comune, nel corso di un soggiorno transitorio, ai sensi delle disposizioni per cure ospedaliere definite alla lit. 3.1.3, a condizione che un rimpatrio non sia possibile da un punto di vista medico. A ÖKK deve essere subito inoltrato, al più tardi entro i dieci giorni successivi all'ingresso in ospedale, una richiesta di garanzia di assunzione dei costi.

3.5. Cure

3.5.1. Cure di ristabilimento

Per le cure di ristabilimento prescritte successive ad una degenza ospedaliera ÖKK FAMILY FLEX corrisponde CHF 50 al giorno fino a un massimo di 21 giorni per anno civile. E' concessa la libera scelta tra i sanatori a conduzione medica riconosciuti da ÖKK.

3.5.2. Balneoterapia

ÖKK FAMILY FLEX corrisponde CHF 30 al giorno, fino a un massimo di 21 giorni per anno civile.

E' concessa la libera scelta tra gli stabilimenti termali a conduzione medica riconosciuti da ÖKK. A ÖKK è concessa la facoltà di richiedere una visita d'entrata da parte di un medico dello stabilimento termale, nonché un controllo d'uscita con rapporto finale all'attenzione del medico che ha prescritto la cura.

3.5.3. Altre cure

ÖKK FAMILY FLEX può, su richiesta del medico di fiducia, in caso

di indicazione medica speciale per altre cure prescritte dal medico, indennizzare un globale fino ad un ammontare del contributo della cura termale.

3.5.4. Comportamento in caso di cura

La prescrizione medica per una cura termale deve essere presentata alla ÖKK due settimane prima dell'inizio della cura, inclusa la diagnosi. In caso d'interruzione di una cura, le spese parziali possono essere assunte solo se l'interruzione avviene a causa di malattia o altri motivi imperativi, e che per questo ci sia un attestato da parte di un medico termale.

3.6. Assistenza domiciliare

3.6.1. Aspetti generali

Se, in caso di malattia o infortunio, una degenza in ospedale può essere evitata o accorciata, ÖKK FAMILY FLEX si assume le spese su prescrizione medica per contributi a servizi domiciliari extra-ospedalieri, a condizione che le circostanze famigliari o domiciliari lo permettano.

3.6.2. Entità delle prestazioni

ÖKK FAMILY FLEX si assume le spese di servizi domiciliari riconosciuti fino a CHF 50 al giorno, fino a un massimo di CHF 1'000 per anno civile. La prestazione viene corrisposta anche in assenza di convenzione tra fornitori di prestazioni e ÖKK.

Se la persona assicurata è responsabile dell'accudimento di almeno un bambino, ÖKK FAMILY FLEX corrisponde fino a CHF 100 al giorno, al massimo fino a CHF 2'000 per anno civile.

Nessuna prestazione viene corrisposta in caso di degenza in casa di cura.

3.6.3. Fornitori di prestazioni

Come aiuto domestico viene riconosciuto chi, professionalmente o contrattualmente per un'organizzazione riconosciuta da ÖKK, esegue i lavori casalinghi della persona assicurata. L'aiuto prestato da famigliari della persona assicurata viene riconosciuto se al famigliare deriva una perdita di guadagno.

3.7. Servizio custodia infantile

3.7.1. In generale

ÖKK FAMILY FLEX corrisponde contributi a servizi di assistenza e cure per bambini fino a 12 anni compiuti.

La base per l'attuazione è fornita da una regolamentazione contrattuale tra ÖKK e le organizzazioni di servizi di custodia infantile riconosciuti da ÖKK.

3.7.2. Condizioni per le prestazioni

Le prestazioni vengono corrisposte dal momento che l'infante necessita di assistenza e cure a causa di una malattia acuta o di un infortunio. L'apporto di prestazioni è limitato esclusivamente al personale specialistico dell'organizzazione riconosciuta da ÖKK. Le prestazioni risultano a beneficio degli infanti ed estese alla durata di assistenza necessaria, a condizione che le persone cui è affidata la loro educazione perseguano un'attività lavorativa.

3.7.3. Estensione delle prestazioni

ÖKK FAMILY FLEX corrisponde per il servizio assistenza e cure fino a CHF 30 a ora, per un massimo di CHF 600 per anno civile.

3.8. Rooming-in

Se un bambino di età inferiore a 12 anni necessita di cure stazionarie, ÖKK FAMILY FLEX del bambino copre i costi per la permanenza in ospedale di una parte parentale nella camera del bambino.

Se una parte parentale necessita di cure stazionarie, ÖKK FAMILY FLEX della parte parentale copre i costi per la permanenza in ospedale del bambino di età inferiore ai 12 anni nella camera della parte parentale.

4. Maternità

4.1. Spese per la cura stazionaria

Se il neonato non è assicurato presso ÖKK, la copertura assicurativa ÖKK FAMILY FLEX della madre rimborsa i costi ospedalieri non coperti del bambino nel reparto assicurato ai sensi delle disposizioni per cure ospedaliere definite alla lit. 3.1.3.

4.2. Parto in clinica neonatale

ÖKK FAMILY FLEX corrisponde fino a CHF 2'000 per parto, in caso esso avvenga in una clinica neonatale riconosciuta da ÖKK che non sia riportata nell'elenco ospedaliero cantonale.

4.3. Aiuto domiciliare post-parto

4.3.1. Aspetti generali

ÖKK FAMILY FLEX corrisponde dei contributi alle spese per aiuti domiciliari prescritti da un medico e dispensati da personale riconosciuto da ÖKK.

Tali contributi sono corrisposti in sostituzione delle prestazioni ordinarie ai sensi della cifra 3.6.

I contributi sono parimenti corrisposti, se l'aiuto è dispensato da famigliari dell'assicurato e il famigliare è in grado di dimostrare di aver subito una perdita di guadagno.

4.3.2. Entità prestazioni in caso di parto in ospedale

ÖKK FAMILY FLEX corrisponde a seguito di un parto in ospedale fino a CHF 100 al giorno, al massimo CHF 700 per anno civile.

4.3.3. Entità prestazioni in caso di parto casalingo o parto ambulatoriale

ÖKK FAMILY FLEX corrisponde a seguito di parto casalingo o parto ambulatoriale fino a CHF 100 al giorno al massimo CHF 1'200 per anno civile.

4.4. Preparazione al parto

ÖKK FAMILY FLEX corrisponde fino a CHF 200 per gravidanza per spese di un corso di preparazione al parto (incl. ginnastica durante la gravidanza e post-parto), a condizione che i corsi vengano gestiti da esperti qualificati.

4.5. Indennità allattamento

ÖKK FAMILY FLEX corrisponde un'indennità allattamento di CHF 250. L'indennità allattamento viene versata qualora la madre allatti l'infante durante dieci settimane.

5. Prevenzione

5.1. Visita - Check up

ÖKK FAMILY FLEX corrisponde il 90%, fino a CHF 300 per anno civile per check up.

5.2. Esame ginecologico preventivo

ÖKK FAMILY FLEX corrisponde il 90% dei costi di un esame ginecologico preventivo secondo LAMal alla tariffa LAMal per anno

civile, a condizione che non venga versata alcuna prestazione per un esame ginecologico preventivo conforme dall'assicurazione BASE per l'anno civile corrente.

5.3. Conto della salute

5.3.1. Estensione delle prestazioni

ÖKK FAMILY FLEX si assume i costi di misure preventive scelte tra i settori indicati da ÖKK, ovvero Famiglia, Alimentazione, Movimento, e Misure preventive generiche, per il 50% per ogni settore fino a CHF 200 per anno civile.

L'entità del contributo corrisposto da ÖKK FAMILY FLEX a singole misure preventive riconosciute può essere limitato.

Nel caso, nel corso di un anno, si ricorra a più misure preventive da diversi ambiti, ÖKK FAMILY FLEX corrisponde al massimo a CHF 500 per anno.

5.3.2. Condizioni per le prestazioni

Le misure preventive e i corsi devono essere riconosciuti da ÖKK.

5.4. Vaccinazione

ÖKK FAMILY FLEX copre il 90% dei costi fino a CHF 200 per anno civile per vaccinazione medicalmente riconosciute.

6. Strumenti ausiliari

6.1. Mezzi ausiliari per la vista

ÖKK FAMILY FLEX provvede alle spese di lenti oftalmiche (per occhiali o a contatto) necessarie alla correzione della vista fino a CHF 200 per anno civile.

6.2. Altri strumenti ausiliari

ÖKK FAMILY FLEX può assumersi, su prescrizione medica, il 50% dei costi di noleggio e di acquisto di mezzi ausiliari necessari, adeguati allo stato di salute, per i quali da BASE non vengono fornite prestazioni, fino a un importo massimo complessivo di CHF 250 per anno civile. Le prestazioni vengono fornite per mezzi ausiliari che migliorano l'uso di funzioni corporali limitate, che sono economiche e che corrispondono allo stato della ricerca medica. ÖKK stabilisce quali sono i mezzi ausiliari riconosciuti.

Non sono assicurati i costi risultanti da usura, manutenzione e riparazione di tali mezzi ausiliari.

7. Cure dentarie

7.1. Denti del giudizio

ÖKK FAMILY FLEX corrisponde il 90% dei costi per l'estrazione dei denti del giudizio.

Se il trattamento è stazionario, vengono assunti i costi fino all'ammontare della tariffa del reparto comune del cantone di residenza stabilita contrattualmente.

7.2. Prestazione complementare per bambini e giovani

Per bambini e giovani fino a 25 anni di età, inoltre, ÖKK FAMILY FLEX si assume:

- le spese per una visita di controllo incluse le radiografie, fino a CHF 60 per anno civile

- 70% dei costi per cure ortodontiche conformi alle tariffe riconosciute.

Le prestazioni per il trattamento ortodontico vengono corrisposte dopo una durata assicurativa di almeno tre anni (periodo di attesa).

Se al momento dell'affiliazione esiste un'assicurazione equivalente precedente presso un altro assicuratore, ÖKK rinuncia ad un periodo di carenza a condizione che almeno un genitore sia assicurato presso ÖKK.

7.3. Prestazione della collettività

ÖKK FAMILY FLEX indennizza le prestazioni in complemento ad eventuali prestazioni dei cantoni e comuni. ÖKK FAMILY FLEX corrisponde le prestazioni successivamente.

7.4. Fornitori di prestazioni e tariffe

ÖKK FAMILY FLEX provvede secondo il tariffario valevole per le prestazioni odontoiatriche ai sensi della LAMal. Se un medico odontoiatra si avvale di un tariffario più elevato di quello per l'assicurazione delle cure sanitarie obbligatoria, la differenza rimane a carico dell'assicurato.

Si considera medico odontoiatra chi dispone del rispettivo diploma federale o di equivalente valore, oppure chi ha ricevuto dal Cantone l'abilitazione all'esercizio della professione sulla base di un attestato di capacità scientifica.

7.5. Trattamento all'estero

ÖKK FAMILY FLEX corrisponde le prestazioni anche se il trattamento avviene in una nazione vicina alla Svizzera. Per nazioni vicine alla Svizzera si considerano quegli stati che confinano direttamente con la Svizzera.

8. Medicina alternativa

ÖKK FAMILY FLEX corrisponde prestazioni per trattamenti di medicina alternativa.

ÖKK FAMILY FLEX si assume il 70% dei costi, fino a un massimo di CHF 10'000 per anno civile, quando tanto metodo terapeutico che terapeuta praticante o naturopata, sono riconosciuti da ÖKK.

ÖKK designa le forme terapeutiche (come ad esempio ayurveda, medicina tradizionale cinese, pratiche di medicina naturale) ed i terapeuti riconosciuti. ÖKK redige una lista dei metodi terapeutici riconosciuti.

ÖKK FAMILY FLEX si assume il 50% dei costi, fino a un massimo di CHF 1'000 per anno civile, per ulteriori trattamenti di medicina alternativa eseguiti da personale qualificato.

ÖKK FAMILY FLEX non corrisponde prestazioni per metodi terapeutici e per trattamenti effettuati da terapeuti ritenuti nella lista negativa (LN) di ÖKK.

I trattamenti di medicina alternativa effettuati in una nazione confinante con la Svizzera, sono, in virtù delle presenti disposizioni, coperti al massimo fino alla tariffa usuale, valevole nel luogo di trattamento.

Resta riservata la verifica medico fiduciaria relativa all'indicazione medica ed alle qualifiche professionali di medici e terapeuti.

Non si corrispondono prestazioni per trattamenti paralleli dai quali non ci si aspetta alcun beneficio.

9. Medicinali e rimedi

9.1. Medicinali non ammessi

ÖKK FAMILY FLEX corrisponde il 90% dei costi di medicinali prescritti dal medico che non sono riportati nella Lista di medicinali con tariffa (LMT), nell'Elenco delle specialità farmaceutiche (ES) secondo la LAMal né nella lista negativa (LN) di ÖKK.

9.2. Rimedi naturali

ÖKK FAMILY FLEX corrisponde il 90% dei costi per rimedi fitoterapeutici, omeopatici e antroposofici come pure per oligosoluzioni, nella misura in cui questi non siano coperti dalla BASE e non siano riportati nella lista negativa (LN) di ÖKK.

10. Costi di trasporto, ricerca, recupero e salvataggio

10.1. Costi di trasporto, azioni di soccorso e salvataggio in casi d'urgenza

10.1.1. Estensione delle prestazioni

ÖKK FAMILY FLEX provvede ai costi

- di trasporti medicalmente necessari nel più vicino ospedale confacente con un mezzo di trasporto idoneo,
- di trasporti di rimpatrio in un ospedale confacente nel cantone di domicilio della persona assicurata, per la continuazione del trattamento stazionario,
- per azioni di soccorso e salvataggio

complessivamente fino a CHF 50'000 per anno civile.

I trasporti con veicoli aerei vengono assunti soltanto se assolutamente indispensabile per ragioni mediche e tecniche.

10.1.2. Partecipazione ai costi

La persona assicurata è tenuta ad assumere una partecipazione di CHF 100 per caso assicurativo.

10.1.3. Prestazioni di terzi

Non è prevista alcuna copertura assicurativa per i costi di trasporto rimborsati a seguito di un'affiliazione (qualità di sostenitore) ad una guardia aerea o ad organizzazioni simili.

10.2. Azioni di ricerca

ÖKK FAMILY FLEX si assume in aggiunta ai costi per soccorso e salvataggio, i costi per la ricerca di una persona assicurata fino ad un massimo di CHF 20'000 per anno civile.

10.3. Spese di viaggio

In caso di terapie cicliche ÖKK FAMILY FLEX rimborsa il 90% dei costi, fino a CHF 100 per anno civile, generati dall'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblici per tragitti superiori a 30 chilometri dal luogo di residenza. ÖKK FAMILY FLEX copre inoltre il 90% dei costi, fino a CHF 300 per anno civile, all'assicurato che deve sottoporsi a dialisi, radioterapia o chemioterapia.

11. Variante CASAMED

11.1. In generale

Per le persone assicurate presso ÖKK che nell'assicurazione BASE sono assicurate nella variante CASAMED, valgono le seguenti disposizioni supplementari.

11.2. Principio del medico di famiglia

ÖKK FAMILY FLEX fornisce prestazioni in base al principio del medico di famiglia. Le prestazioni devono essere fornite, prescritte o ordinate dal medico di famiglia CASAMED presso cui la persona assicurata è iscritta. Le istituzioni telemediche possono essere riconosciute da ÖKK quali medici di famiglia CASAMED.

11.3. Eccezioni del principio del medico di famiglia

ÖKK FAMILY FLEX remunera i costi di trattamenti di routine presso medici oculisti, ginecologi e pediatri, senza consultazione del medico di famiglia

CASAMED. Le prestazioni per interventi chirurgici ambulatoriali o stazionari, ordinati da queste persone mediche, vengono assunte soltanto dopo consultazione del medico di famiglia CASAMED.

ÖKK FAMILY FLEX remunera i costi di trattamenti di medicina alternativa, misure preventive nell'ambito del conto della salute, preparazione al parto, indennità allattamento, trasporti, ricerca, salvataggio e recupero, visita di controllo dentaria senza consultazione del medico di famiglia CASAMED.

11.4. Ospedali

ÖKK può designare gli ospedali ai quali accordare in maniera esclusiva l'assistenza medica degli assicurati CASAMED.

11.5. Altri specialisti

ÖKK può designare al posto del medico di famiglia CASAMED altri specialisti del ramo, che possono fornire, prescrivere o ordinare prestazioni.

11.6. Misure preventive, medicina alternativa, medicinali non ammessi, rimedi naturali

ÖKK può autorizzare il medico di famiglia CASAMED o gli specialisti del ramo indicati a fornire, prescrivere o ordinare misure preventive, trattamenti di medicina alternativa, medicinali non ammessi o rimedi naturali diversi da quelli stabiliti.

11.7. Altri fornitori di prestazioni

ÖKK può designare altri fornitori di prestazioni, quali farmacie, terapeuti, centri sanitari specializzati o fornitori di prestazioni simili, ai quali affidare l'assistenza degli assicurati CASAMED in maniera esclusiva.

11.8. Emergenza

ÖKK FAMILY FLEX copre le urgenze indipendentemente dal principio del medico di famiglia. Resta riservata la verifica da parte del medico fiduciario relativa all'indicazione medica.

11.9. Esclusione di prestazioni, esclusione della variante CASAMED

11.9.1. Esclusione prestazioni

Se, eccettuati i casi eccezionali elencati in maniera esaustiva, una persona assicurata consulta un fornitore di prestazioni non autorizzato dal suo diritto di scelta, la totalità dei costi che ne deriva va completamente a suo carico.

11.9.2. Esclusione variante CASAMED

ÖKK è autorizzata a trasferire la persona assicurata in caso di recidivo comportamento non conforme alle condizioni della variante CASAMED alla variante assicurativa ordinaria.

11.10. Disbrigo prestazioni

11.10.1. Conteggio forfetario

ÖKK può concordare con il medico di famiglia CASAMED che le prestazioni vengano conteggiate forfetariamente.

11.10.2. Prestazioni disposte

ÖKK può in caso di prestazioni ordinate prima di bonificare le prestazioni, se lo ritiene necessario, richiedere alla persona assicurata o al medico di famiglia CASAMED la comprova che le prestazioni sono avvenute secondo il principio del medico di famiglia.

ÖKK SALTO

ÖKK Versicherungen AG, Edizione 1.1.2012

Indice

1. Fondamenti assicurativi

- 1.1. Scopo
- 1.2. Condizioni comuni
- 1.3. Persone assicurate
- 1.4. Passaggio automatico in ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE o a ÖKK OPTIMA, COMBI COMUNE e ÖKK TOURIST
- 1.5. Passaggio anticipato in ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE o a ÖKK OPTIMA, COMBI COMUNE e ÖKK TOURIST
- 1.6. Condizioni per le prestazioni
 - 1.6.1. Aspetti generali
 - 1.6.2. Ospedali acuti
 - 1.6.3. Trattamenti in altri ospedali
 - 1.6.4. Trattamenti medici fuori cantone con indicazione medica
- 1.7. Classi di prestazione stazionarie e tariffe ospedaliere
 - 1.7.1. Classi di prestazione ÖKK SALTO
 - 1.7.2. Ospedali con tariffe convenzionate
 - 1.7.3. Criteri mancanti, tariffe massime
 - 1.7.4. Classificazione ospedali

2. Trattamenti ambulatoriali

- 2.1. Trattamenti medici fuori luogo di domicilio e di lavoro
- 2.2. Trattamenti d'urgenza all'estero
- 2.3. Durata prestazioni

3. Trattamenti stazionari

- 3.1. Trattamenti acuti
 - 3.1.1. Premesse per le prestazioni
 - 3.1.2. Estensione delle prestazioni
 - 3.1.3. Trattamenti in reparto ospedaliero di categoria superiore
 - 3.1.4. Trattamenti in ospedali fuori lista
- 3.2. Riabilitazione stazionaria
- 3.3. Cliniche psichiatriche
- 3.4. Prestazioni all'estero in caso di urgenze

4. Maternità

- 4.1. Costi per il trattamento stazionario
- 4.2. Parto in clinica ostetrica

5. Prestazioni di servizio supplementari all'estero

- 5.1. Copertura massima
- 5.2. Viaggi di visita e di rimpatrio straordinario
- 5.3. Anticipo spese ad un ospedale
- 5.4. Informazione ai congiunti in patria
- 5.5. Intermediazione di ospedali e contatti medici all'estero
- 5.6. Consulenza medica da parte di medici

- 5.7. Esclusione di prestazioni
- 5.8. Obblighi in caso di sinistro
 - 5.8.1. Informazione alla centrale di emergenza ÖKK
 - 5.8.2. Esonero dall'obbligo del segreto
 - 5.8.3. Rivendicazione del diritto
 - 5.8.4. Compensazione di biglietti ferroviari o aerei

6. Complemento infortuni

7. Prevenzione

- 7.1. Vaccinazioni
- 7.2. Visite ginecologiche preventive
- 7.3. Corsi per la promozione della salute
- 7.4. Ulteriori misure preventive

8. Mezzi ausiliari

- 8.1. Mezzi ausiliari visivi
- 8.2. Altri mezzi ausiliari

9. Trattamenti odontoiatrici / denti del giudizio

- 9.1. Aspetti generali
- 9.2. Fornitori di prestazioni e tariffe
- 9.3. Trattamenti all'estero

10. Costi per trasporti, azioni di ricerca, soccorso e salvataggio

- 10.1. Costi per trasporti, azioni di soccorso e salvataggio in situazioni d'emergenza
 - 10.1.1. Entità delle prestazioni
 - 10.1.2. Partecipazione
 - 10.1.3. Prestazioni di terzi
- 10.2. Azioni di ricerca

11. Variante CASAMED

- 11.1. In generale
- 11.2. Premesse generali per le prestazioni
- 11.3. Eccezioni al principio del medico di famiglia
- 11.4. Scelta dell'ospedale
- 11.5. Altri specialisti del ramo
- 11.6. Ulteriori fornitori di prestazioni
- 11.7. Urgenze
- 11.8. Esclusione di prestazioni
- 11.9. Elaborazione prestazioni
 - 11.9.1. Conteggio forfetario
 - 11.9.2. Prestazioni ordinate

1. Fondamenti assicurativi

1.1. Scopo

ÖKK SALTO corrisponde prestazioni per i trattamenti ambulatoriali e straordinari, nonché per le urgenze all'estero.

ÖKK SALTO corrisponde prestazioni per trattamenti medici fuori cantone di domicilio e di lavoro, vaccinazioni, mezzi ausiliari, estrazioni dei denti del giudizio, costi per trasporti, azioni di ricerca, soccorso e salvataggio e per corsi di promozione della salute.

ÖKK SALTO si prefigge inoltre l'assunzione dei costi non coperti per trattamenti di malattia, infortunio e maternità in ospedale acuto.

In aggiunta ÖKK SALTO corrisponde prestazioni ai costi non coperti per trattamenti d'urgenza all'estero in caso di malattia, infortunio o parto prematuro, nonché per prestazioni di servizio durante viaggi d'affari o di vacanza, risp. di soggiorni fuori domicilio.

Le prestazioni di ÖKK SALTO vengono fornite sussidiariamente a tutte le altre assicurazioni secondo la LCA stipulati presso la ÖKK.

ÖKK SALTO corrisponde prestazioni in complemento all'assicurazione di base obbligatoria (BASE). Dei costi complessivi viene assunta soltanto quella parte non coperta da un'altra assicurazione sociale (incl. BASE presso un altro assicuratore).

1.2. Condizioni comuni

Le Condizioni comuni di «ÖKK Versicherungen AG» sono parte integrante delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per la copertura ÖKK SALTO. In caso di divergenze, le CGA ÖKK SALTO precedono le Condizioni comuni.

1.3. Persone assicurate

ÖKK SALTO può essere conclusa dal 19esimo anno di età fino al compimento del 30esimo anno di età.

1.4. Passaggio automatico in ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE o a ÖKK OPTIMA, COMBI COMUNE e ÖKK TOURIST

ÖKK SALTO si estingue il 31 dicembre dell'anno in cui viene compiuto il 32esimo anno di età. Il passaggio automatico in ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE (per contratti con decorrenza assicurativa entro il 31.12.2009) o a ÖKK OPTIMA (per contratti con decorrenza dal 1.1.2010), COMBI COMUNE e ÖKK TOURIST avviene il 1° gennaio dell'anno successivo. Il passaggio automatico avviene senza nuova dichiarazione sullo stato di salute. Eventuali limitazioni di copertura esistenti secondo le Condizioni comuni vengono riprese e continuate senza modifiche.

1.5. Passaggio anticipato in ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE o a ÖKK OPTIMA, COMBI COMUNE e ÖKK TOURIST

Un passaggio anticipato in ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE (per contratti con decorrenza assicurativa entro il 31.12.2009) o a ÖKK OPTIMA (per contratti con decorrenza dal 1.1.2010), COMBI COMUNE e ÖKK TOURIST è possibile senza nuova dichiarazione sullo stato di salute, con effetto dal 1° gennaio di ogni anno. Lo stesso diritto di passaggio viene garantito per un trapasso nell'assicurazione ÖKK MONDIAL. In caso di gravidanza, il passaggio, risp. trapasso è possibile durante l'anno. Eventuali limitazioni di copertura esistenti secondo le Condizioni comuni vengono riprese e continuate senza modifiche.

1.6. Condizioni per le prestazioni

1.6.1. Aspetti generali

Le prestazioni vengono corrisposte soltanto se il trattamento è necessario per ragioni mediche e se viene eseguito da persone riconosciute dall'Assicuratore. Per quanto attiene al riconoscimento delle rispettive persone è necessario richiedere informazioni alla Cassa.

In caso di trattamento stazionario, le prestazioni vengono corrisposte soltanto se le cure avvengono in un ospedale acuto. I trattamenti devono essere eseguiti da fornitori di prestazioni riconosciuti ai sensi della LAMal.

1.6.2. Ospedali acuti

Si considerano ospedali acuti gli istituti in grado di fornire quei servizi a livello medico e di cura, e con quelle infrastrutture tecniche, indispensabili al trattamento di affezioni, infortuni e parti che richiedono sorveglianza medica continua. I trattamenti ospedalieri devono inoltre avvenire in strutture ospedaliere che secondo l'art. 39 LAMal, sono ritenute nell'elenco ospedaliero del cantone di residenza.

1.6.3. Trattamenti in altri ospedali

In caso di trattamenti in altri ospedali, sono assicurate le prestazioni secondo la cifra 3.1.4.

1.6.4. Trattamenti medici fuori cantone con indicazione medica
Il cantone di domicilio assume i costi supplementari di un'ospedalizzazione fuori cantone, motivata dal punto di vista medico, secondo le condizioni di legge (art. 41 cpv. 3 LAMal).

1.7. Classi di prestazione stazionarie e tariffe ospedaliere

1.7.1. Classi di prestazioni ÖKK SALTO

ÖKK SALTO conosce le seguenti classi di prestazioni:

- reparto comune (camera a più letti) di un ospedale con tariffa convenzionata in tutta la Svizzera (camera a più letti).

1.7.2. Ospedali con tariffe convenzionate

Quali ospedali con tariffe convenzionate si considerano quegli ospedali, con i quali l'Assicuratore ha stipulato delle convenzioni per la determinazione delle tariffe, oppure quegli ospedali che anche senza convenzione, si attengono a queste tariffe. La Cassa tiene un elenco degli ospedali con tariffe convenzionate che può in ogni momento essere visionato.

1.7.3. Criteri mancanti, tariffe massime

Se per i reparti ospedalieri, un ospedale non conosce nessun criterio o conosce criteri diversi da quelli descritti nelle presenti disposizioni, a livello assicurativo questi vengono considerati come reparto ospedaliero privato. L'Assicuratore ha la facoltà di determinare tariffe massime per il reparto comune e per quello semiprivato, che fungono da criteri di classificazione per i reparti ospedalieri assicurati.

Queste tariffe massime si orientano alle tariffe e convenzioni di un ospedale convenzionato analogo, situato nella regione di residenza della persona assicurata.

Le eventuali tariffe massime stabilite dall'Assicuratore possono essere visionate presso la Cassa.

1.7.4. Classificazione ospedali

Ospedali che non adempiono questi criteri di classificazione, vale a dire che non dispongono di reparto comune e/o reparto semiprivato, risp. che, secondo le presenti condizioni, gestiscono soltanto un reparto privato, sono ritenuti in un elenco che può essere visionato presso la Cassa.

2. Trattamenti ambulatoriali

2.1. Trattamenti medici fuori luogo di domicilio e di lavoro

Trattamenti eseguiti da medici aderenti alla LAMal che avvengono fuori cantone di domicilio o di lavoro, sono completamente coperti in maniera complementare alle prestazioni della BASE, in virtù delle tariffe LAMal valevoli al luogo di trattamento.

2.2. Trattamenti d'urgenza all'estero

In caso di trattamento medico d'urgenza all'estero, ÖKK SALTO prevede la piena copertura dei costi in maniera complementare alle prestazioni della BASE.

2.3. Durata prestazioni

Per quanto non previsto diversamente dalle condizioni ÖKK SALTO, le prestazioni vengono corrisposte senza limiti di tempo.

3. Trattamenti stazionari

3.1. Trattamenti acuti

3.1.1. Premesse per le prestazioni

ÖKK SALTO corrisponde prestazioni stazionarie nella misura in cui e fino a quando la persona assicurata ha necessità d'ospedalizzazione ai sensi della BASE.

3.1.2. Estensione delle prestazioni

ÖKK SALTO assume i costi per le degenze ospedaliere secondo la classe di prestazioni assicurata, in complemento alle prestazioni della BASE.

Non assicurata è la partecipazione ai costi della BASE, unitamente alla trattenuta ospedaliera giornaliera di partecipazione ai costi di degenza.

3.1.3. Trattamenti in reparto ospedaliero di categoria superiore
Se il trattamento avviene in un reparto ospedaliero di categoria superiore rispetto a quello assicurato, ÖKK SALTO copre al massimo le seguenti prestazioni:

- i costi che sarebbero insorti nel reparto ospedaliero assicurato.
Se questi costi non si lasciano determinare, ÖKK SALTO prevede un importo forfetario di CHF 30.- al giorno.

3.1.4. Trattamenti in ospedali fuori lista

Se il trattamento avviene in un ospedale non ritenuto nell'elenco ospedaliero cantonale, è coperto al massimo un importo forfetario di CHF 30.- al giorno.

3.2. Riabilitazione stazionaria

Se il trattamento medico avviene in un sanatorio multifunzionale riconosciuto dall'assicuratore oppure in reparto o clinica di riabilitazione, per i primi 60 giorni, ÖKK SALTO garantisce la piena copertura dei costi secondo le regolamentazioni per i trattamenti acuti.

I sanatori e gli istituti di riabilitazione riconosciuti sono ritenuti in un elenco che può in ogni momento essere visionato presso la Cassa.

3.3. Cliniche psichiatriche

In caso di degenza in una clinica psichiatrica, di trattamento psichiatrico in un ospedale acuto o in una clinica specializzata,

durante 90 giorni, ÖKK SALTO garantisce la piena copertura dei costi secondo la regolamentazione per i trattamenti acuti.

Queste prestazioni vengono corrisposte una volta sull'arco di tre anni civili.

3.4. Prestazioni all'estero in caso di urgenze

In complemento alle prestazioni della BASE, durante un soggiorno all'estero, ÖKK SALTO assume i costi per i trattamenti stazionari d'urgenza in un ospedale acuto fino alla piena copertura nel reparto comune. Le prestazioni vengono corrisposte fino a quando un trasporto di rimpatrio non è esigibile dal punto di vista medico, al massimo tuttavia per un anno. In caso di trattamento stazionario va immediatamente, o al più tardi entro 10 giorni dopo il ricovero, presentata alla Cassa una garanzia d'assunzione dei costi.

4. Maternità

4.1. Costi per il trattamento stazionario

ÖKK SALTO copre i costi di un parto in ospedale non coperti dalla BASE, in reparto comune in tutta la Svizzera per la madre.

Se per il neonato non sussiste alcuna assicurazione propria corrispondente, l'assicurazione ÖKK SALTO della madre si assume i costi non coperti del bambino in ospedale, in reparto comune in tutta la Svizzera.

4.2. Parto in clinica ostetrica

In caso di parto in una clinica ostetrica riconosciuta da ÖKK, non riportata nell'elenco ospedaliero cantonale, ÖKK SALTO corrisponde il 90% dei costi, fino ad un massimo di CHF 1'000.- per parto.

5. Prestazioni di servizio supplementari all'estero

5.1. Copertura massima

Per eventuali costi non coperti in occasione di viaggi fino a 100 giorni per anno civile, vengono corrisposti in caso d'urgenza ulteriori CHF 50'000.-.

5.2. Viaggi di visita e di rimpatrio straordinario

Se quando si trova all'estero, una persona assicurata si ammala seriamente o subisce un grave infortunio, e deve essere ricoverata in ospedale per più di 7 giorni, l'Assicuratore organizza e paga un viaggio di visita di una persona cara alla persona assicurata, fino al luogo della degenza ospedaliera (biglietto ferroviario 1.a classe, biglietto aereo classe economica).

Quando per necessità mediche, per il trattamento stazionario, una persona assicurata deve essere trasportata in patria in un ospedale confacente nel cantone di domicilio, la centrale di soccorso ÖKK organizza il rimpatrio straordinario dei familiari in viaggio assieme o di una persona cara. Sono coperti i costi supplementari risultanti. Se una persona assicurata si ammala o s'infortuna e a causa di una degenza ospedaliera non è in grado di affrontare il rientro, la centrale di soccorso ÖKK organizza il rimpatrio straordinario della persona assicurata, dei familiari in viaggio con lei o di una persona cara. Sono coperti i costi supplementari risultanti.

5.3. Anticipo spese ad un ospedale

Se una persona assicurata deve essere ricoverata in un ospedale all'estero, l'Assicuratore versa, se necessario, un anticipo alle spese di degenza fino a CHF 20'000.-. Se una parte dell'importo anticipato non risulta coperto dall'assicurazione esistente, la quota viene fatturata alla persona assicurata. L'importo richiesto in restituzione va versato entro 30 giorni.

5.4. Informazione ai congiunti in patria

Quando la centrale di soccorso ÖKK organizza dei provvedimenti, essa informa i familiari della persona assicurata in merito alle circostanze ed alle misure adottate.

5.5. Intermediazione di ospedali e contatti medici all'estero

All'occorrenza, la centrale di soccorso ÖKK procura ai propri assicurati un medico o un ospedale nelle vicinanze del luogo di soggiorno. In caso di problemi linguistici, la centrale di soccorso ÖKK fornisce aiuto nelle traduzioni.

5.6. Consulenza medica da parte di medici

Quando durante il viaggio una persona assicurata necessita di aiuti medici e questi non possono essere richiesti sul luogo di soggiorno, i medici della centrale di soccorso ÖKK forniscono consulenza medica. Tale consulenza va intesa unicamente come consigli e non può in nessun caso essere considerata diagnosi.

5.7. Esclusione di prestazioni

In aggiunta alle limitazioni di prestazioni delle Condizioni comuni di «ÖKK Versicherungen AG», nessun diritto alle prestazioni assicurative sussiste

- a) per malattie e conseguenze d'infortuni esistenti già al momento della partenza per il viaggio, risp. il cui subentrare poteva dalla persona assicurata essere individuato già al momento della partenza per il viaggio, e un trattamento medico era quindi prevedibile,
- b) se la persona assicurata si è recata all'estero a scopo di trattamento, cura o parto,
- c) se la centrale di soccorso ÖKK non ha concesso il proprio benessere ad azioni di ricerca, trasporti di rimpatrio o viaggi di rimpatrio straordinari.

Se i trasporti d'urgenza o di rimpatrio sono resi impossibili da circostanze esterne, quali scioperi, disordini, atti di violenza, disastri industriali di grosse dimensioni, radioattività, catastrofi naturali, epidemie o forza maggiore, la loro organizzazione ed esecuzione non può essere pretesa.

5.8. Obblighi in caso di sinistro

5.8.1. Informazione alla centrale di emergenza ÖKK
La centrale di soccorso ÖKK va in ogni caso immediatamente avvisata in caso di malattia improvvisa, infortunio o parto prematuro in Svizzera o all'estero, che rendono necessarie ospedalizzazione o misure d'intervento.

5.8.2. Esonero dall'obbligo del segreto
La persona assicurata svincola i medici curanti e l'ulteriore personale medico, nonché altri assicuratori, dal segreto professionale nei confronti della centrale di soccorso ÖKK.

5.8.3. Rivendicazione del diritto

La persona assicurata è tenuta a rivendicare immediatamente il proprio diritto alle prestazioni presso la Cassa e a mettere a disposizione di questa tutte le necessarie informazioni di natura medica ed amministrativa. Vengono riconosciute unicamente fatture originali dettagliate. Allorquando i dettagli della fattura sono insufficienti e, su richiesta, le informazioni supplementari non vengono fornite, le prestazioni vengono stabilite secondo equo apprezzamento.

5.8.4. Compensazione di biglietti ferroviari e aerei

I biglietti ferroviari o aerei inutilizzati vanno spontaneamente inoltrati alla Cassa. Nel caso in cui biglietti divenuti inutilizzabili vengono venduti o riscossi da terzi, gli indennizzi ricevuti sono dedotti dalle prestazioni assicurative. In caso d'inosservanza di questo obbligo, l'Assicuratore è legittimato a richiedere il rimborso di un importo stabilito secondo equo apprezzamento oppure a compensarlo con un diritto alle prestazioni.

6. Complemento infortuni

In seguito ad una degenza ospedaliera causata da un infortunio vengono assunti i mezzi ausiliari necessari al proseguimento del trattamento, secondo la prassi dell'assicurazione contro infortuni obbligatoria.

Nella stessa misura vengono assunti i costi per i mezzi ausiliari che sostituiscono una parte o una funzione corporea, se questi sono stati danneggiati da un infortunio necessitante trattamento ospedaliero.

Su queste prestazioni viene riscossa una partecipazione del 10%.

7. Prevenzione

7.1. Vaccinazioni

Per le vaccinazioni di prevenzione per infezioni vengono rimborsati il 90% dei costi effettivi, al massimo tuttavia CHF 200.- per anno civile. Non vengono corrisposte prestazioni per vaccinazioni effettuate per scopi di lavoro, il cui effetto dal punto di vista medico è alquanto discusso oppure ancora in fase sperimentale.

7.2. Visite ginecologiche preventive

Per anno civile sono assicurati i costi per una visita ginecologica preventiva secondo il tariffario LAMal, premesso che nel rispettivo anno le stesse prestazioni non vengano corrisposte dalla BASE. Su queste prestazioni è dovuta una partecipazione del 10%.

7.3. Corsi per la promozione della salute

Per le spese di un corso per la promozione della salute (p. es. disassuefazione al fumo) prescritto da un medico e eseguito da persone qualificate, ÖKK SALTO rimborsa il 90% dei costi, al massimo tuttavia CHF 300.- nell'arco di due anni civili.

L'Assicuratore determina i corsi di promozione della salute riconosciuti. L'elenco dei corsi riconosciuti viene continuamente aggiornato e può in ogni momento essere visionato presso la Cassa.

7.4. Ulteriori misure preventive

Per ulteriori misure preventive riconosciute si possono ottenere dei contributi.

8. Mezzi ausiliari

8.1. Mezzi ausiliari visivi

Per le spese di lenti oftalmiche (occhiali o lenti a contatto) necessarie alla correzione della vista, le persone assicurate beneficiano di un contributo di CHF 420.- nell'arco di 5 anni civili.

8.2. Altri mezzi ausiliari

Su prescrizione medica può essere bonificato il 50% dei costi di noleggio e di acquisto di mezzi ausiliari necessari, adeguati allo stato di salute, per i quali da BASE non vengono fornite prestazioni, fino a un importo massimo complessivo di CHF 250.- per anno civile. Le prestazioni vengono fornite per mezzi ausiliari che migliorano l'uso di funzioni corporali limitate, che sono economici e che corrispondono allo stato della ricerca medica. L'assicuratore stabilisce quali sono i mezzi ausiliari riconosciuti. L'elenco dei mezzi ausiliari riconosciuti è costantemente aggiornato o completato ed è possibile in ogni momento prenderne visione presso ÖKK.

Non sono assicurati i costi risultanti dall'esercizio, dalla manutenzione e dalla riparazione di tali mezzi ausiliari.

9. Trattamenti odontoiatrici / denti del giudizio

9.1. Aspetti generali

L'assicurazione copre i costi per l'estrazione dei denti del giudizio. Se il trattamento avviene in maniera stazionaria, vengono assunti i costi fino all'ammontare della tariffa stabilita per il reparto comune nel cantone di domicilio, stabilita contrattualmente. Su queste prestazioni viene riscossa una partecipazione del 10%.

9.2. Fornitori di prestazioni e tariffe

La rifusione avviene secondo il tariffario valevole per le prestazioni odontoiatriche dell'assicurazione per le cure sanitarie obbligatoria. Se un medico odontoiatra si avvale di un tariffario più elevato di quello per l'assicurazione delle cure sanitarie obbligatoria, la differenza rimane a carico della persona assicurata.

Si considera medico odontoiatra chi dispone del rispettivo diploma federale o di equivalente valore, oppure chi ha ricevuto dal Cantone l'abilitazione all'esercizio della professione sulla base di un attestato di capacità scientifico.

9.3. Trattamenti all'estero

Le prestazioni vengono corrisposte anche quando il trattamento avviene in una nazione di frontiera con la Svizzera. Per nazione di frontiera s'intendono quelle nazioni che hanno un confine comune con la Svizzera.

10. Costi per trasporti, azioni di ricerca, soccorso e salvataggio

10.1. Costi per trasporti, azioni di soccorso e salvataggio in situazioni d'emergenza

10.1.1. Entità delle prestazioni

Per i costi

- di trasporti medici nel più vicino ospedale confacente con un mezzo di trasporto idoneo
- di trasporti di rimpatrio in un ospedale confacente nel cantone di domicilio della persona assicurata, per la continuazione del trattamento
- per azioni di soccorso e salvataggio

viene corrisposto un contributo di complessivamente CHF 20'000.- per anno civile.

I trasporti con veicoli aerei vengono assunti soltanto se assolutamente indispensabile per ragioni mediche e tecniche.

10.1.2. Partecipazione

La persona assicurata è tenuta ad assumere una partecipazione di CHF 100.- per caso assicurativo.

10.1.3. Prestazioni di terzi

Se esiste un'affiliazione (in qualità di sostenitore) ad una guardia aerea di soccorso o ad un'organizzazione analoga, i costi vengono assunti soltanto nella misura in cui queste organizzazioni non corrispondono nessuna prestazione. Restano riservati accordi contrattuali di tenore diverso.

10.2. Azioni di ricerca

In aggiunta ai costi per soccorso e salvataggio, vengono assunti i costi per la ricerca di una persona assicurata fino ad un massimo di CHF 20'000.- per anno civile.

11. Variante CASAMED

11.1. In generale

Per le persone assicurate che presso ÖKK dispongono della variante CASAMED per la BASE, valgono le qui seguenti condizioni supplementari.

11.2. Premesse generali per le prestazioni

Le prestazioni ÖKK SALTO vengono corrisposte soltanto se avvengono secondo il principio del medico di famiglia. Le prestazioni devono essere fornite, prescritte o ordinate dal medico di famiglia CASAMED presso cui la persona assicurata è iscritta.

Le istituzioni telemediche possono essere riconosciute da ÖKK quali medici di famiglia CASAMED.

11.3. Eccezioni al principio del medico di famiglia
ÖKK SALTO copre costi generati da trattamenti di routine presso oculisti, ginecologi e pediatri, senza precedente consulto del medico di famiglia CASAMED. In caso di ulteriori trattamenti, va consultato il medico di famiglia CASAMED.

ÖKK SALTO copre costi generati da misure di prevenzione nell'ambito dei corsi di comportamento orientato alla salute, trasporto,

azioni di ricerca, soccorso e salvataggio, estrazioni dei denti del giudizio, servizi supplementari all'estero senza consulto del medico di famiglia CASAMED.

11.4. Scelta dell'ospedale

In prospettiva di un approvvigionamento meno costoso, la Cassa può designare gli ospedali ai quali accordare in maniera esclusiva l'assistenza medica degli assicurati CASAMED.

11.5. Altri specialisti del ramo

Al posto del medico di famiglia CASAMED la Cassa può designare altri specialisti del ramo, che possono fornire, prescrivere o ordinare prestazioni coperte da ÖKK SALTO.

11.6. Ulteriori fornitori di prestazioni

In prospettiva di un approvvigionamento meno costoso, l'Assicuratore può designare altri fornitori di prestazioni, quali farmacie, terapeuti, centri sanitari specializzati o fornitori di prestazioni simili, ai quali affidare l'assistenza degli assicurati CASAMED in maniera esclusiva.

11.7. Urgenze

ÖKK SALTO copre le urgenze indipendentemente dal fornitore di prestazioni scelto. Resta riservata la verifica medico fiduciaria relativa all'indicazione medica.

11.8. Esclusione di prestazioni

Nel caso in cui un membro si reca tranne che per i menzionati casi eccezionali in cura presso un fornitore di prestazioni che non rientra nel suo diritto di scelta, tutte le spese vanno a suo carico.

11.9. Elaborazione prestazioni

11.9.1. Conteggio forfetario

L'Assicuratore o la Cassa possono concordare con il medico di famiglia CASAMED che le prestazioni ÖKK SALTO vengano conteggiate forfetariamente.

11.9.2. Prestazioni ordinate

In caso di prestazioni ordinate, prima di bonificare le prestazioni, la Cassa può, se lo ritiene necessario, richiedere alla persona assicurata o al medico di famiglia CASAMED la comprova che le prestazioni sono avvenute secondo il principio del medico di famiglia.

ÖKK DENTAL

ÖKK Versicherungen AG, Edizione 1.1.2012

Indice

- 1. Fondamenti assicurativi**
 - 1.1. Scopo
 - 1.2. Stipula del contratto assicurativo
 - 1.3. Condizioni per le prestazioni
 - 1.4. Estero

- 2. Possibilità d'assicurazione**
 - 2.1. ÖKK DENTAL PICCOLO
 - 2.1.1. Prestazioni
 - 2.1.2. Cambio automatico dell'assicurazione
 - 2.2. ÖKK DENTAL
 - 2.2.1. Varianti di prestazione
 - 2.2.2. Profilassi e controlli
 - 2.2.3. Prestazioni / periodo di trattamento
 - 2.2.4. Periodo di carenza
 - 2.2.5. Rivendicazione del diritto

- 3. Variante CASAMED**
 - 3.1. Aspetti generali
 - 3.2. Condizioni per le prestazioni
 - 3.3. Trattamenti d'urgenza
 - 3.4. Esclusione di prestazioni, esclusione della variante CASAMED
 - 3.4.1. Esclusione di prestazioni
 - 3.4.2. Esclusione della variante CASAMED
 - 3.5. Premi

La forma maschile utilizzata in queste CGA vale anche per le persone di sesso femminile.

1. Fondamenti assicurativi

1.1. Scopo

ÖKK DENTAL copre le spese di cure dentarie e misure profilattiche.

1.2. Stipula del contratto assicurativo

ÖKK DENTAL può essere sottoscritta fino al 60esimo anno d'età.

Malattie presenti al momento della stipulazione del contratto assicurativo, come ad esempio denti non trattati o mancanti, malposizioni dentarie, anomalie mascellari ecc. non sono assicurate. La limitazione di prestazione viene comunicata all'assicurato per iscritto.

L'ultima visita di controllo oppure cura dentaria non deve aver superato l'anno al momento dell'inizio dell'assicurazione.

Bambini che vengono assicurati per le spese di cure dentarie entro il primo anno di vita, sono assicurati senza riserva.

1.3. Condizioni per le prestazioni

Sono assicurati i provvedimenti odontoiatrici necessari, scientificamente riconosciuti come diagnostici e terapeutici, fino dove l'utilità della cura è garantita.

Il rimborso segue in base alla tariffa dentaria SSO con il valore del punto delle assicurazioni sociali (in base a LAMal, LAINF, LAM, AI). Sono dentisti coloro in possesso del rispettivo diploma federale o equivalente, o coloro ai quali il Cantone in seguito al conseguimento di un attestato scientifico abbia accordato il permesso per la pratica della professione di dentista.

L'assicurazione ÖKK DENTAL indennizza le prestazioni in modo sussidiario, cioè con riferimento o complemento all'assicurazione federale contro le malattie o gli infortuni nonché a prestazioni dei cantoni e comuni. Se per le prestazioni sono responsabili altri assicuratori, la prestazione viene indennizzata proporzionalmente.

1.4. Estero

Le prestazioni di ÖKK DENTAL vengono anche indennizzate, se la cura avviene in un paese limitrofo alla Svizzera. Come paesi limitrofi vengono considerati paesi confinanti con la Svizzera.

2. Possibilità d'assicurazione

Esistono le seguenti possibilità d'assicurazione

- ÖKK DENTAL PICCOLO fino al 15esimo anno d'età compiuto
- ÖKK DENTAL

2.1. ÖKK DENTAL PICCOLO

2.1.1. Prestazioni

Per bambini e giovani fino al 15esimo anno d'età, vengono indennizzate le spese per una visita di controllo incluse le radiografie fino a CHF 40 per anno civile.

2.1.2. Cambio automatico dell'assicurazione

Dopo il conseguimento del 15esimo anno d'età si effettua automaticamente all'inizio dell'anno seguente e senza riserve il passaggio da ÖKK DENTAL PICCOLO a ÖKK DENTAL A. All'assicurato spetta il diritto di recesso entro un termine di tre mesi dopo la comunicazione.

2.2. ÖKK DENTAL

2.2.1. Varianti di prestazione

Variante	Diritto di prestazione massimo per anno civile
- ÖKK DENTAL A	75 % fino al massimo di CHF 1'000.- franchigia CHF 500.-
- ÖKK DENTAL B	50 % fino al massimo di CHF 500.-
- ÖKK DENTAL C	50 % fino al massimo di CHF 1'000.-
- ÖKK DENTAL D	75 % fino al massimo di CHF 1'000.-
- ÖKK DENTAL E	75 % fino al massimo di CHF 1'500.-
- ÖKK DENTAL F	75 % fino al massimo di CHF 3'000.-
- ÖKK DENTAL G	75 % fino al massimo di CHF 5'000.- franchigia CHF 500.-
- ÖKK DENTAL H	75 % fino al massimo di CHF 5'000.-

L'Assicuratore può ridurre l'importo della franchigia per i bambini fino ai 15 anni nelle varianti con franchigia.

Nelle varianti con franchigia, questa viene riscossa sulla base di un determinato importo per anno civile. Il diritto alle prestazioni massimo si calcola sull'importo che rimane dopo deduzione della franchigia.

2.2.2. Profilassi e controlli

ÖKK DENTAL copre prestazioni per una visita di controllo, incluse le radiografie, e per la profilassi dentaria fino a CHF 100 per anno civile. La partecipazione ai costi della variante assicurativa sottoscritta decade.

2.2.3. Prestazioni / periodo di trattamento

Nell'ambito della classe di prestazioni scelta, l'assicurazione comprende tutte le spese per le cure dentarie incluse le spese di laboratorio.

Per le spese di mezzi di cura dentaria non viene corrisposta alcuna prestazione.

ÖKK corrisponde gli importi assicurati per anno civile.

2.2.4. Periodo di carenza

La pretesa di prestazioni di ÖKK DENTAL inizia

- dopo un periodo di carenza di 12 mesi per protesi dentarie (quali corone, ponti, protesi, denti a perno, ricostruzioni di monconi nonché apparecchi per la cura di malposizioni dentarie e mascellari inclusi rispettivi ordinamenti provvisori, riparazioni e rispettive cure dentarie e controlli) e
- dopo un periodo di carenza di 6 mesi per tutte le altre cure.

Il periodo di carenza vale anche per gli aumenti d'assicurazione. Prestazioni per la profilassi e le visite di controllo non sottostanno a nessun periodo di carenza.

2.2.5. Rivendicazione del diritto

Per l'affermazione del diritto l'assicurato è tenuta a inoltrare immediatamente la fattura detagliata originale, al più tardi entro 30 giorni dopo la data della fattura. Nella fattura devono risultare il periodo di cura nonché le singole prestazioni elencate in dettaglio secondo le tariffe del dentista.

3. Variante CASAMED

3.1. Aspetti generali

La variante CASAMED presuppone che l'assicurato abbia la copertura CASAMED anche nella BASE.

Per la variante CASAMED si applicano le disposizioni aggiuntive seguenti.

3.2. Condizioni per le prestazioni

Le prestazioni vengono rimborsate se corrisposte, prescritte o disposte da un dentista CASAMED riconosciuto da ÖKK presso cui la persona assicurata risulta registrata.

3.3. Trattamenti d'urgenza

Nell'ambito di ÖKK DENTAL i trattamenti aventi carattere d'urgenza risultano coperti, indipendentemente dal fornitore di prestazione prescelto. Resta riservata la verifica in merito all'indicazione medica da parte del medico dentista di fiducia dell'assicuratore.

3.4. Esclusione di prestazioni, esclusione della variante CASAMED

3.4.1. Esclusione di prestazioni

Nel caso in cui l'assicurato si reca tranne che per i menzionati casi eccezionali in cura presso un fornitore di prestazioni che non rientra nel suo diritto di scelta, tutte le spese vanno a suo carico.

3.4.2. Esclusione della variante CASAMED

In caso di reiterati comportamenti contrari alle condizioni, ÖKK è autorizzata ad assegnare l'assicurato alla variante assicurativa ordinaria.

3.5. Premi

Nella variante CASAMED sono applicati premi ridotti.

ÖKK TOURIST

ÖKK Versicherungen AG, Edizione 1.1.2010

Indice

1. Fondamenti assicurativi

- 1.1. Oggetto dell'assicurazione
- 1.2. Condizioni comuni

2. Conclusione, inizio e durata

- 2.1. Persone assicurate
 - 2.1.1. Cerchia di persone
 - 2.1.2. Persone singole
 - 2.1.3. Famiglie
- 2.2. Inizio, durata e fine dell'assicurazione

3. Prestazioni

- 3.1. Entità delle prestazioni
 - 3.1.1. Estensione territoriale delle prestazioni
 - 3.1.2. Estensione temporale delle prestazioni
- 3.2. Condizioni per le prestazioni
- 3.3. Spese di cura
- 3.4. Spese di trasporto, ricerca, salvataggio e soccorso
- 3.5. Viaggi di visita e costi per rientri anticipati
 - 3.5.1. Viaggio di visita
 - 3.5.2. Rientro anticipato
- 3.6. Somme assicurate
 - 3.6.1. ÖKK TOURIST 50
 - 3.6.2. ÖKK TOURIST 250
- 3.7. Servizi di assistenza
 - 3.7.1. Anticipo alle spese ospedaliere
 - 3.7.2. Informazioni ai familiari a casa
 - 3.7.3. Commissione di ospedali e contatti medici all'estero
 - 3.7.4. Consulenza sanitaria di medici
- 3.8. Limitazioni di prestazioni
 - 3.8.1. Principio
 - 3.8.2. Esclusione di prestazioni
 - 3.8.3. Limitazione di prestazioni
- 3.9. Prescrizione

4. Partecipazione ai costi

5. Obblighi in caso di sinistro

- 5.1. Orientamento della centrale di soccorso ÖKK
- 5.2. Esonero dal segreto professionale
- 5.3. Rivendicazione di prestazioni
- 5.4. Conteggio di biglietti ferroviari o aerei

6. Prestazioni di terzi

- 6.1. Aspetti generali
- 6.2. Rinuncia alle prestazioni
- 6.3. Assicurazioni sociali
- 6.4. Assicurazioni attive presso ÖKK Versicherungen AG
- 6.5. Guardia aerea di soccorso e organizzazioni simili

1. Fondamenti assicurativi

1.1. Oggetto dell'assicurazione

L'assicurazione corrisponde prestazioni ai costi non coperti di trattamenti d'urgenza in caso di malattia, infortunio o parto prematuro durante viaggi di vacanza o d'affari, rispettivamente soggiorni all'estero. Essa elargisce inoltre prestazioni per spese di trasporto, ricerca, salvataggio e soccorso, nonché per servizi di assistenza. Determinanti per la copertura sono le condizioni inerenti le prestazioni, di cui in seguito.

1.2. Condizioni comuni

Le Condizioni comuni di ÖKK Versicherungen AG sono parte integrante delle condizioni ÖKK TOURIST. In caso di divergenze, le condizioni ÖKK TOURIST precedono le Condizioni comuni di ÖKK Versicherungen AG.

2. Conclusione, inizio e durata

2.1. Persone assicurate

2.1.1. Cerchia di persone

Sono assicurate le persone che hanno concluso l'assicurazione ÖKK TOURIST presso ÖKK. La conclusione assicurativa è possibile per tutte le persone senza limitazione d'età.

2.1.2. Persone singole

Sono assicurate le persone ritenute nella polizza d'assicurazione.

2.1.3. Famiglie

Sono assicurati il/la contraente assicurativo/a ritenuto/a nella polizza d'assicurazione, nonché il/la suo/a coniuge, risp. partner ed i loro figli fino alla fine del 25esimo anno d'età, a condizione che convivano nella stessa economia domestica con il/la contraente assicurativo/a.

2.2. Inizio, durata e fine dell'assicurazione

Inizio, durata e fine dell'assicurazione si orientano alle Condizioni comuni di ÖKK Versicherungen AG.

L'assicurazione può essere conclusa, risp. condotta soltanto in combinazione con almeno una delle seguenti assicurazioni:

- COMPLEMENTARE GENERALE
- COMPLEMENTARE PRIVATA
- ÖKK OPTIMA
- ÖKK PREMIUM
- COMBI
- ÖKK FAMILY
- ÖKK FAMILY FLEX
- ÖKK SALTO

Presso le famiglie, le premesse per la stipula dell'assicurazione ÖKK TOURIST sono soddisfatte allorché almeno uno dei genitori è titolare presso ÖKK di ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE, ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA, ÖKK OPTIMA, ÖKK PREMIUM, ÖKK FAMILY, ÖKK FAMILY FLEX, ÖKK SALTO o di una copertura COMBI.

3. Prestazioni

3.1. Entità delle prestazioni

3.1.1. Estensione territoriale delle prestazioni

L'assicurazione copre trattamenti d'urgenza, in Svizzera al di fuori del cantone di domicilio e all'estero, in tutto il mondo.

3.1.2. Estensione temporale delle prestazioni

Le prestazioni vengono corrisposte fintanto che un rimpatrio non risulti esigibile dal punto di vista medico.

Per malattie o infortuni insorti durante la durata assicurativa, l'obbligo di prestazione si estingue in ogni caso al più tardi dopo 91 giorni a decorrere dallo scadere dell'assicurazione.

3.2. Condizioni per le prestazioni

Le prestazioni sono corrisposte fintanto che il trattamento risulti opportuno e indispensabile dal punto di vista medico e a condizione che lo stesso sia praticato da persone in possesso delle indispensabili autorizzazioni.

3.3. Spese di cura

In maniera complementare all'assicurazione per le cure sanitarie obbligatoria secondo LAMal, all'assicurazione contro infortuni secondo LAINF e ad eventuali assicurazioni complementari esistenti, concluse presso ÖKK Versicherungen AG, l'assicurazione assume prestazioni per i costi di guarigione per trattamenti ambulatoriali e stazionari aventi carattere d'urgenza.

Risultano coperti costi per malattia, infortunio e parto prematuro secondo le tariffe valide nel luogo, rispettivamente quelle convenzionate contrattualmente. Il parto è considerato prematuro allorché si verifica in modo imprevisto e in anticipo di almeno sei settimane sul termine previsto e attestato dal medico.

La partecipazione legale ai costi vigente in Svizzera non è assicurata.

3.4. Spese di trasporto, ricerca, salvataggio e soccorso

Se la persona assicurata si ammala gravemente, s'infortuna seriamente o decede, l'assicuratore corrisponde – sulla base di un referto medico – le prestazioni di seguito elencate, organizzate dalla centrale di soccorso ÖKK ed addossandosi le spese per:

- a) azioni di salvataggio e trasporti d'urgenza con mezzo di trasporto indicato, pertinenti dal punto di vista medico, fino al più vicino ed idoneo luogo di assistenza
- b) azioni di ricerca intraprese per il salvataggio o il soccorso della persona assicurata come pure azioni di soccorso fino ad un ammontare complessivo di CHF 20'000.– per persona assicurata
- c) il rimpatrio della persona assicurata, ammalata o infortunata, per la prosecuzione del trattamento stazionario in struttura ospedaliera appropriata nel proprio cantone di domicilio
- d) il rimpatrio della salma al suo domicilio in Svizzera, rispettivamente all'estero per i frontalieri.

3.5. Viaggi di visita e costi per rientri anticipati

3.5.1. Viaggio di visita

Se la persona assicurata si ammala gravemente o s'infortuna seriamente e necessita di ricovero ospedaliero superiore a 7 giorni, l'assicuratore organizza e paga ad una persona a lei vicina

un viaggio di visita per permettere a quest'ultima di assisterla (biglietto ferroviario 1. classe, biglietto aereo classe economica).

3.5.2. Rientro anticipato

Se per necessità mediche la persona assicurata deve essere trasportata per la prosecuzione del trattamento stazionario dall'estero in un ospedale appropriato del proprio cantone di domicilio, la centrale di soccorso ÖKK organizza il rientro anticipato dei familiari con lei in viaggio o di una persona a lei vicina. Risultano coperte unicamente le maggiori uscite.

Se a causa del ricovero ospedaliero una persona assicurata ammalata o infortunata si è impedita nell'affrontare il viaggio di rientro, la centrale di soccorso ÖKK organizza il rientro anticipato della stessa, dei familiari con essa in viaggio oppure di una persona a lei vicina. Risultano coperte unicamente le maggiori uscite.

3.6. Somme assicurate

Sono stipulabili le seguenti varianti:

3.6.1. ÖKK TOURIST 50/100

Per la totalità delle prestazioni, la somma di copertura ammonta al massimo a CHF 50'000.- per persona assicurata e limitata a CHF 100'000.- per famiglia assicurata. Possono essere concluse le seguenti varianti (durata del soggiorno all'estero):

- fino ad un massimo di 17 giorni
- fino ad un massimo di 40 giorni.

3.6.2. ÖKK TOURIST 250/500

Per la totalità delle prestazioni, la somma di copertura ammonta al massimo a CHF 250'000.- per persona assicurata e limitata a CHF 500'000.- per famiglia assicurata. Possono essere concluse le seguenti varianti (durata del soggiorno all'estero):

- fino ad un massimo di 17 giorni
- fino ad un massimo di 40 giorni.

3.7. Servizi di assistenza

3.7.1. Anticipo alle spese ospedaliere

Se la persona assicurata necessita del ricovero ospedaliero all'estero, l'assicuratore verserà, se necessario, un anticipo ai costi di degenza ospedaliera fino a CHF 20'000.-. Qualora una parte dell'importo versato non risulti coperto dall'assicurazione conclusa, la stessa sarà addebitata alla persona assicurata. La somma richiesta andrà in questo caso rimborsata entro 30 giorni.

3.7.2. Informazioni ai familiari a casa

Allorquando la centrale di soccorso ÖKK disponga delle misure, essa provvederà ad informare i familiari della persona assicurata in merito all'accaduto e ai provvedimenti intrapresi.

3.7.3. Commissione di ospedali e contatti medici all'estero

A seconda della necessità la centrale di soccorso ÖKK commissionerà medici o ospedali nella regione di soggiorno. In caso di difficoltà linguistiche essa fornirà pure assistenza linguistica per traduzioni.

3.7.4. Consulenza sanitaria di medici

Se durante il viaggio la persona assicurata necessita di aiuti e gli stessi non possono venir richiesti in loco, i medici della centrale di soccorso ÖKK forniranno consulenze sanitarie. La consulenza stessa si limiterà ad un parere medico e non potrà in nessun caso essere ritenuta come diagnosi.

3.8. Limitazioni di prestazioni

3.8.1. Principio

La regolamentazione relativa alle limitazioni di prestazioni secondo le Condizioni comuni di «ÖKK Versicherungen AG» non trova applicazione in ÖKK TOURIST.

3.8.2. Esclusione di prestazioni

Non sussiste alcun diritto a prestazioni assicurative:

- a) per malattie e sequele d'infortunio che già sussistevano all'inizio del viaggio o di cui la persona assicurata poteva riconoscere l'insorgere all'inizio del viaggio e prevedere un trattamento medico
- b) se la persona assicurata si reca all'estero con l'intenzione di sottoporsi a trattamenti e cure oppure di partorire
- c) in caso di malattie o conseguenze da infortuni, per i quali la persona assicurata abbia già ricevuto da un'assicurazione presso ÖKK un diniego della copertura
- d) qualora, in caso di azioni di ricerca, rimpatri, viaggi di visita o rientri anticipati, la centrale di soccorso ÖKK non abbia espresso il proprio preventivo assenso
- e) in caso di partecipazione ad eventi bellici, sommosse o altre azioni simili, nonché in caso di servizio militare all'estero
- f) in caso di malattie o infortuni causati da eventi bellici insorti da più di 14 giorni
- g) in caso di malattie e infortuni verificatisi durante una partecipazione attiva ad azioni criminose, risse e altri atti violenti
- h) in caso di malattie o infortuni causati da grave negligenza, in particolar modo in seguito all'abuso di sostanze alcoliche, medicamentose o vari stupefacenti
- i) in caso di lesioni alla propria salute riconducibili ad atti temerari, ossia in quei casi in cui la persona assicurata si esponga a particolari pericoli senza aver predisposto o poter predisporre quegli accorgimenti indispensabili a contenere i rischi entro limiti ragionevoli. Sono escluse azioni di salvataggio a favore di altre persone. È considerato atto temerario ai sensi delle presenti condizioni in particolar modo la partecipazione a competizioni di veicoli a motori o anche soltanto alle loro prove.
- j) in caso di lesioni alla propria salute cagionate intenzionalmente, intese anche quali conseguenze di suicidi, tentati suicidi oppure autoferimenti.

Se un trasporto d'urgenza o un rimpatrio non risulta eseguibile a causa di condizioni esterne come scioperi, tumulti, violenze, incidenti industriali di ampie proporzioni, radioattività, catastrofi naturali, epidemie o forza maggiore, non se ne può esigere l'organizzazione e l'esecuzione.

3.8.3. Limitazione di prestazioni

L'assicuratore è autorizzato a ridurre proporzionalmente le prestazioni oppure a far dipendere il pagamento delle stesse dalla cessione del diritto a riduzione, allorquando queste gli appaiano fatturate in modo evidentemente maggiorato.

3.9. Prescrizione

Il diritto alle prestazioni della persona assicurata nei confronti dell'assicurazione prescrive entro due anni dal subentrare della circostanza che giustifica l'obbligo di prestazione dell'assicuratore.

4. Partecipazione ai costi

Sulle prestazioni ÖKK TOURIST non vengono rimosse partecipazioni ai costi.

5. Obblighi in caso di sinistro

5.1. Orientamento della centrale di soccorso ÖKK

In caso di improvvisa malattia, infortunio e parto prematuro avvenuti in Svizzera o all'estero e richiedenti ospedalizzazione o provvedimenti ausiliari, è indispensabile orientare immediatamente la centrale di soccorso ÖKK.

5.2. Esonero dal segreto professionale

La persona assicurata esonera i medici curanti e l'ulteriore personale medico nonché eventuali altri assicuratori dal segreto professionale nei confronti della centrale di soccorso ÖKK rispettivamente nei confronti dell'assicuratore stesso.

5.3. Rivendicazione di prestazioni

La persona assicurata è tenuta ad inoltrare immediatamente alla cassa le proprie richieste di prestazioni, mettendo a disposizione tutte le informazioni ed i dati di carattere medico o amministrativo indispensabili. Allo scopo si riconoscono unicamente fatture originali e dettagliate. Allorquando i dettagli contenuti nelle fatture risultino insufficienti e su esplicita richiesta le informazioni supplementari non vengano rilasciate, le prestazioni saranno determinate mediante equo apprezzamento.

5.4. Conteggio di biglietti ferroviari o aerei

Biglietti ferroviari e aerei inutilizzati vanno presentati in modo spontaneo alla cassa. Qualora biglietti divenuti inservibili vengano venduti o siano stati rimborsati da terzi, i compensi ricevuti saranno conteggiati alle prestazioni assicurative. In caso di non osservanza del presente obbligo, l'assicuratore ha facoltà di esigere dall'assicurato in questione la restituzione di un importo determinato mediante equo apprezzamento rispettivamente di compensare tale importo con prestazioni a suo favore.

6. Prestazioni di terzi

6.1. Aspetti generali

Se, per legge o responsabilità, un caso di malattia o infortunio risulti di altrui competenza, l'assicuratore non è tenuto a corrispondere prestazioni o unicamente per la parte dei costi non coperta.

6.2. Rinuncia alle prestazioni

Qualora assicurati dovessero, senza il consenso dell'assicuratore, rinunciare completamente o anche solo parzialmente a prestazioni di terzi, secondo le presenti CGA, l'obbligo di prestazione dello stesso decade. Si considera rinuncia anche la capitalizzazione del diritto a prestazioni.

6.3. Assicurazioni sociali

Non vengono in alcun modo corrisposte prestazioni risultanti a carico delle assicurazioni sociali (LAMal, LAINF, AI, AM, AVS, AI, ecc.). Le prestazioni andranno in questi casi rivendicate direttamente presso la rispettiva assicurazione sociale. Se una persona assicurata non dispone di un'assicurazione contro le malattie ai

sensi della LAMal, l'assicuratore corrisponderà le prestazioni partendo dal presupposto che essa ne possieda effettivamente una.

6.4. Assicurazioni attive presso ÖKK Versicherungen AG

Le prestazioni di altre assicurazioni complementari esistenti, concluse presso ÖKK Versicherungen AG precedono le prestazioni ÖKK TOURIST.

6.5. Guardia aerea di soccorso e organizzazioni simili

In presenza di un'affiliazione (membro sostenitore) ad una guardia aerea di soccorso o di organizzazioni similari, saranno assunti costi unicamente se tali organizzazioni non corrispondono nessun tipo di prestazione. Restano riservati accordi contrattuali di tenore diverso.

ÖKK PROTECT

Edizione 1.1.2011

Indice

- 1. Fondamenti assicurativi**
 - 1.1. Garante assicurativo
 - 1.2. Condizioni comuni
 - 1.3. Contratto collettivo
- 2. Portata della copertura**
 - 2.1. Basi del contratto
 - 2.2. Controversie assicurate
 - 2.3. Sussidiarietà
 - 2.4. Controversie non assicurate
- 3. Persone assicurate**
- 4. Inizio, durata e cessazione dell'assicurazione**
 - 4.1. Aspetti generali
 - 4.2. Risoluzione del contratto collettivo
- 5. Campo di applicazione territoriale**
- 6. Campo di applicazione temporale**
- 7. Prestazioni assicurate**
- 8. Caso di protezione giuridica**
 - 8.1. Notifica di un caso di protezione giuridica
 - 8.2. Disbrigo di un caso di protezione giuridica
 - 8.3. Procedura in caso di divergenze di opinione
- 9. Foro competente**

1. Fondamenti assicurativi

1.1. Garante assicurativo

Garante assicurativo per l'assicurazione di protezione giuridica sanitaria ÖKK PROTECT è Coop Protezione Giuridica SA, Entfelderstrasse 2, 5000 Aarau (assicuratore).
ÖKK è la cassa malati intermediaria.

1.2. Condizioni comuni

Le Condizioni comuni di ÖKK Versicherungen AG sono parte integrante delle condizioni per la protezione giuridica sanitaria. In caso di divergenze, le condizioni per l'assicurazione di protezione giuridica sanitaria ÖKK PROTECT precedono le Condizioni comuni di ÖKK Versicherungen AG.

1.3. Contratto collettivo

La concessione della protezione giuridica sanitaria avviene sulla base di un contratto collettivo stipulato tra ÖKK Versicherungen AG e l'Assicuratore.

2. Portata della copertura

2.1. Basi del contratto

Il contenuto del contratto è regolato dalle presenti condizioni generali d'assicurazione ÖKK Protect, come pure dalla vigente legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA), dalla legge federale sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione (LSA) e l'ordinanza sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione private (OS).

2.2. Controversie assicurate

In relazione con un danno alla salute sono assicurate le seguenti controversie:

- Controversie in materia di diritto della responsabilità civile (per esempio con fornitori di prestazioni mediche, con detentori di un veicolo a motore dopo un'incidente della circolazione ecc.), in particolare:
 - il far valere le pretese di risarcimento danni derivanti da errori di trattamento
 - l'obbligo di informazione nei confronti della persona assicurata concernente possibili effetti di provvedimenti medici
 - informazioni errate e rifiuto di fornire l'informazione, in particolare riguardo
 - alla presa in visione di documenti d'esami
 - alla consegna di radiografie
 - la mancata esecuzione di esami.
- Controversie inerenti il diritto assicurativo (per esempio con l'assicurazione RC, l'assicurazione infortuni, l'assicurazione malattia, l'assicurazione invalidità etc.).

2.3. Sussidiarietà

Il diritto alla protezione giuridica sussiste solo, se e nella misura in cui le prestazioni non devono essere fornite da un altro assicuratore. Escluse da questa sussidiarietà sono le controversie con fornitori di prestazioni mediche e la loro assicurazione di responsabilità civile.

2.4. Controversie non assicurate

Non sono assicurate:

- Controversie che non risultano espressamente menzionate
- Casi verificatisi prima dell'entrata in vigore della presente assicurazione
- Per vertenze tra l'assicurato con Coop Protezione Giuridica SA risp. i suoi organi e mandanti
- Per i casi relativi a
 - trattamenti psichiatrici e psicoterapeutici
 - onorari e fatture (eccezion fatta per quelle concernenti prestazioni non fornite)
 - fatture premi ÖKK
 - le richieste risarcimento danni inoltrate nei confronti della persona assicurata.

3. Persone assicurate

Sono assicurate le persone che hanno concluso l'assicurazione ÖKK PROTECT presso ÖKK.

Sono inoltre assicurate tutte le persone:

- che sono assicurate presso ÖKK in una polizza comune assieme alla persona indicata sopra
- bambini e adolescenti fino al compimento del loro 18esimo anno di età, che vivono nella medesima economia domestica della persona indicata sopra e che sono assicurate presso ÖKK.

Se una persona assicurata decede in seguito a un evento assicurato, i suoi eredi sono assicurati per tale evento.

4. Inizio, durata e cessazione dell'assicurazione

4.1. Aspetti generali

Inizio, durata e fine dell'assicurazione si orientano alle Condizioni comuni di ÖKK Versicherungen AG.

L'assicurazione può essere conclusa, risp. condotta unicamente in combinazione con almeno una delle seguenti assicurazioni:

- ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE
- ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA
- ÖKK OPTIMA
- ÖKK PREMIUM
- ÖKK COMBI
- ÖKK FAMILY
- ÖKK FAMILY FLEX
- ÖKK SALTO
- ÖKK MONDIAL-BASE
- ÖKK DENTAL

Se una persona che adempie le condizioni di ÖKK PROTECT esce dalla polizza famiglia comune, l'assicurazione ÖKK PROTECT continua individualmente. Alla persona assicurata spetta però il diritto di recesso entro tre mesi dall'avvenuta notifica.

4.2. Risoluzione del contratto collettivo

L'assicurazione si estingue con la risoluzione del contratto collettivo tra l'Assicuratore e ÖKK Versicherungen AG. La risoluzione deve essere notificata alla persona assicurata in forma scritta, al più tardi un mese prima dell'estinzione della copertura assicurativa.

5. Campo di applicazione territoriale

La copertura assicurativa è valida a livello mondiale.

6. Campo di applicazione temporale

La protezione giuridica viene accordata per controversie che si realizzano nel corso della durata assicurativa. Il caso subentra al momento della violazione del diritto, mentre per quanto attiene i casi di diritto assicurativo, al momento in cui subentra l'evento assicurato. Con la risoluzione di quest'assicurazione si estingue anche il diritto alla protezione giuridica per i casi verificatisi dopo tale rescissione.

7. Prestazioni assicurate

L'assicuratore accorda le seguenti prestazioni:

- la presa a carico dei dovuti interessi dell'assicurato per il tramite del servizio giuridico di Coop Protezione Giuridica
- il versamento fino a CHF 250'000 al massimo per caso (risp. CHF 50'000 per eventi fuori dall'Europa e stati limitrofi del mediterraneo):
 - dei costi dei legali incaricati
 - dei costi dei periti incaricati
 - delle spese giudiziarie e procedurali a carico della persona assicurata
 - le tasse d'incasso per l'indennizzo accordato alla persona assicurata
 - indennizzi procedurali posti a carico della persona assicurata e a beneficio della controparte.

Non vengono coperti:

- risarcimento danni
- costi che è tenuta ad assumersi una terza persona responsabile.

Le spese e le indennità processuali riconosciute a favore della persona assicurata devono essere cedute all'assicuratore.

8. Caso di protezione giuridica

8.1. Notifica di un caso di protezione giuridica

Quando si verifica un caso di protezione giuridica esso va notificato immediatamente, se così richiesto per scritto, all'assicuratore risp. all'ÖKK. La persona assicurata è tenuta ad assistere l'assicuratore nel disbrigo del caso di protezione giuridica, a fornire le necessarie procure e informazioni come pure a inoltrare senza indugio all'assicuratore le comunicazioni eventualmente giunte, in particolare da parte di autorità. In caso di violazione colpevole di tali obblighi

l'assicuratore può decurtare le proprie prestazioni nella misura in cui sono sorti costi supplementari. In caso di violazione grave l'assicuratore può rifiutare di fornire le proprie prestazioni.

8.2. Disbrigo di un caso di protezione giuridica

Dopo aver consultato la persona assicurata, l'assicuratore prende le misure necessarie alla tutela dei suoi interessi. La persona assicurata può scegliere liberamente l'avvocato, se si rende necessario il suo intervento, in particolare in caso di procedure giudiziarie o amministrative, oppure in caso di collisione d'interessi. Se non vi sono motivi validi per la sostituzione dell'avvocato, la persona assicurata deve assumersi le spese che ne derivano.

8.3. Procedura in caso di divergenze di opinione

In caso di divergenze d'opinione per quanto concerne l'ulteriore conduzione della pratica, in particolar modo per i casi in cui l'assicuratore giudica insufficienti le probabilità di esito favorevole, su richiesta della persona assicurata viene aperta una procedura arbitrale. L'arbitro sarà designato di comune accordo. Per il resto la procedura si svolgerà conformemente alle disposizioni del concordato sull'arbitrato in base al vigente Codice di procedura civile svizzero (CPC). Se una persona assicurata conduce una causa a proprie spese, le prestazioni assicurate vengono fornite per quanto riguarda l'aspetto principale se il risultato è più favorevole di quanto valutato da parte dell'assicuratore.

9. Foro competente

Come foro giudiziario viene riconosciuto il luogo di domicilio svizzero dell'assicurato oppure Aarau.

ÖKK Capitale di rischio in caso di decesso o invalidità in seguito a infortunio

Edizione 1.1.2009

Indice

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1. Fondamenti assicurativi 1.1. Garanti assicurativi 1.2. Condizioni comuni 1.3. Definizione dell'età 2. Estensione della copertura 3. Persone assicurate 3.1. Principio 3.2. Età massima d'entrata 4. Inizio e durata dell'assicurazione 4.1. In generale 4.2. Modifiche dell'assicurazione 5. Cessazione dell'assicurazione 5.1. Principio 5.2. Risoluzione del contratto d'assicurazione collettivo 6. Campo di applicazione territoriale 7. Somme d'assicurazione 7.1. Ammontare delle somme assicurative 7.2. Somme assicurative massime 7.2.1. Somme assicurative massime per bambini 7.2.2. Somme assicurative massime nella vecchiaia 7.3. Prestazioni assicurative massime in caso di incidenti aerei 8. Assicurazione di capitale in caso di decesso 8.1. Beneficiari 8.2. Capitale raddoppiato in caso di decesso 8.3. Calcolo del capitale d'invalidità | <ul style="list-style-type: none"> 9. Assicurazione di capitale in caso di invalidità 9.1. Principio 9.2. Invalidità totale 9.3. Invalidità parziale 9.4. Deturpamento grave 9.5. Difetti corporali preesistenti 9.6. Indennizzo in caso di invalidità 10. Limitazione delle prestazioni 10.1. Principio 10.2. Esclusione di prestazioni 10.3. Decurtazione delle prestazioni 10.3.1. Negligenza grave 10.3.2. Fattori accidentali estranei 10.3.3. Violazione dei doveri in caso di danno 10.3.4. Ulteriori riduzioni delle prestazioni 10.4. Decesso causato da una persona avente diritto 11. Spese per la riforma professionale 12. Premi 13. Comportamento in caso di sinistro 14. Comunicazioni all'assicuratore 15. Luogo dell'adempimento e foro competente 16. Diritto applicabile |
|---|---|

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

1. Fondamenti assicurativi

1.1. Garanti assicurativi

Garante assicurativo è SOLIDA Versicherungen AG, Zurigo (in seguito assicuratore).

ÖKK Versicherungen AG ha stipulato un contratto di assicurazione collettiva con SOLIDA Versicherungen AG per garantire la copertura assicurativa in caso di decesso e invalidità causate da infortunio.

ÖKK Versicherungen AG e la compagnia assicurativa intermediaria ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG (in seguito ÖKK) non si assumono alcuna responsabilità per i diritti garantiti da questa assicurazione contro infortuni.

1.2. Condizioni comuni

Le Condizioni comuni di ÖKK Versicherungen AG (Condizioni comuni) sono parte integrante delle Condizioni generali di assicurazione (CGA) di ÖKK Capitale di rischio in caso di decesso o invalidità in seguito a infortunio. In caso di divergenze, le CGA precedono le Condizioni comuni.

1.3. Definizione dell'età

L'età determinante per l'assicurazione della persona assicurata corrisponde alla differenza tra anno civile e anno di nascita.

2. Estensione della copertura

L'assicurazione copre tutti gli infortuni professionali e non professionali, ivi comprese le malattie professionali, nella misura in cui al momento della loro comparsa sussisteva, secondo la Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF art. 6-9), un obbligo d'indennizzo.

Per infortunio si considera l'improvviso, non intenzionale effetto dannoso di uno straordinario fattore esterno sul corpo umano. Oltre alle lesioni corporali elencate nelle Condizioni comuni si considerano ancora infortuni:

- i danni alla salute causati dalla respirazione non volontaria di sostanze gassose o volatili e l'involontaria ingestione di sostanze velenose o caustiche,
- l'annegamento,
- i seguenti danni alla salute, nella misura in cui la persona assicurata li abbia subiti in maniera non volontaria e siano stati causati da un infortunio assicurato: assideramento, colpo di calore, insolazione, nonché danni causati da radiazioni ultraviolette, ad eccezione delle ustioni solari.

3. Persone assicurate

3.1. Principio

Risultano assicurate le persone individuali che si sono annunciate per l'assicurazione infortuni conformemente alle presenti CGA e che hanno ricevuto la polizza assicurativa.

3.2. Età massima d'entrata

È possibile stipulare l'assicurazione fino al 65esimo anno di età compiuto.

4. Inizio e durata dell'assicurazione

4.1. In generale

Inizio e durata dell'assicurazione si orientano alle Condizioni comuni. Un infortunio come pure le sue conseguenze risultano assicurati, a condizione che l'infortunio avvenga durante la validità della copertura assicurativa.

4.2. Modifiche dell'assicurazione

Un aumento della somma assicurata è possibile fino al compimento del 65esimo anno d'età.

5. Cessazione dell'assicurazione

5.1. Principio

Per quanto attiene alla cessazione della copertura assicurativa, trovano applicazione le Condizioni comuni.

5.2. Risoluzione del contratto d'assicurazione collettivo

La protezione assicurativa si estingue con la risoluzione del contratto collettivo concluso tra l'assicuratore e ÖKK Versicherungen AG. La risoluzione deve essere comunicata alla persona assicurata in forma scritta, al più tardi un mese prima del termine della copertura assicurativa.

6. Campo di applicazione territoriale

L'assicurazione è valevole in tutto il mondo. In caso di trasferimento all'estero al proseguimento dell'assicurazione si applicano le condizioni di ÖKK MONDIAL.

7. Somme d'assicurazione

7.1. Ammontare delle somme assicurative

Fanno stato le somme d'assicurazione elencate nella polizza assicurativa.

7.2. Somme assicurative massime

7.2.1. Somme assicurative massime per bambini

La somma assicurativa massima in caso di decesso ammonta, per bambini fino ai 15 anni di età, a CHF 20'000.

Il capitale previsto per legge in caso di decesso assicurato presso questa e altre assicurazioni ammonta, per bambini che non hanno ancora compiuto due anni e sei mesi di età, a massimo CHF 2'500; per bambini che non hanno ancora compiuto dodici anni di età, a massimo CHF 20'000.

7.2.2. Somme assicurative massime nella vecchiaia

Le somme assicurative massime per assicurati dai 66 anni di età ammontano in caso di decesso a CHF 20'000, in caso di invalidità a CHF 100'000.

Somme assicurative più elevate saranno ridotte alle somme assicurative massime. Decade la progressione dell'assicurazione di invalidità.

7.3. Somme massime in caso di incidenti aerei

La garanzia massima dell'assicuratore per una stessa persona derivante da tutte le assicurazioni infortuni in corso presso di lui per un incidente aereo è limitata a CHF 500'000 in caso di decesso e a CHF 1'000'000 in caso di invalidità totale (con riduzione conforme in caso di invalidità parziale).

8. Assicurazione di capitale in caso di decesso

8.1. Beneficiari

Se la persona assicurata decede immediatamente in seguito all'infortunio oppure entro cinque anni dal giorno in cui esso si è verificato, l'assicuratore versa la somma assicurata per il decesso

- al coniuge superstite,
- in caso di sua assenza in parti uguali ai figli, figli adottivi e figliastri,
- in caso di loro assenza in parti uguali ai genitori,
- in caso di loro assenza ai fratelli, a condizione che questi al momento dell'infortunio non abbiano ancora compiuto 25 anni.

Coniugi acquisiti e figli nati da un matrimonio contratto dopo l'infortunio non hanno diritto a prestazioni.

La persona assicurata può, mediante comunicazione scritta a ÖKK e modificando la disposizione precedente, designare o escludere beneficiari. Una siffatta dichiarazione può essere revocata o modificata in ogni momento per iscritto.

Se non vi sono aventi diritto, l'assicuratore versa le spese per i funerali, in ogni caso non più del 10% della somma assicurata, fino a un massimo di CHF 10'000.

8.2. Capitale raddoppiato in caso di decesso

Se lo stesso evento infortunistico provoca la morte di entrambi i genitori, l'assicuratore corrisponde in parti uguali a figli, figli adottivi e figliastri, minorenni o incapaci di guadagno e bisognosi di mantenimento, il doppio del capitale previsto in caso di decesso per ogni singolo genitore assicurato.

8.3. Calcolo del capitale d'invalidità

Dal capitale di decesso viene dedotto il capitale d'invalidità già versato per il medesimo infortunio.

9. Assicurazione di capitale in caso di invalidità

9.1. Principio

Se l'infortunio causa un'invalidità verosimilmente permanente di una persona assicurata, l'assicuratore versa la somma assicurata pattuita per il caso di invalidità

- la somma assicurata intera in caso di invalidità totale,
- in caso di invalidità parziale una parte della somma assicurata corrispondente al grado di tale invalidità.

La definizione ultima del grado di invalidità avviene soltanto sulla base dello stato, riconosciuto quale verosimilmente permanente, della persona assicurata, al più tardi però cinque anni dopo l'infortunio. Il grado attuale di invalidità viene accertato al momento della definizione. Non saranno dunque più presi in considerazione quei cambiamenti del grado di invalidità che si manifestano successi-

vamente, come ricadute o conseguenze postume. Alla definizione del grado di invalidità non vengono considerate incapacità al guadagno o inabilità al lavoro subentrate eventualmente in seguito all'evento. Il capitale in caso di invalidità spetta esclusivamente alla persona assicurata.

9.2. Invalidità totale

È considerata invalidità totale

- la perdita o l'incapacità dell'uso di entrambe le braccia o le mani,
- la perdita o l'incapacità dell'uso di entrambe le gambe o i piedi o la perdita contemporanea di un braccio o una mano e di una gamba o un piede,
- paralisi totale,
- cecità totale.

9.3. Invalidità parziale

In caso di invalidità parziale viene corrisposta quella parte della somma d'assicurazione prevista per l'invalidità totale che corrisponde al grado di invalidità. La definizione del grado d'invalidità viene effettuata conformemente alla scala seguente:

Perdita o incapacità completa dell'uso

- parte superiore del braccio	70 %
- parte inferiore del braccio	65 %
- mano	60 %
- pollice con falange del metacarpo	25 %
- pollice, falange del metacarpo conservata	22 %
- falange all'estremità del pollice	10 %
- indice	15 %
- medio	10 %
- anulare	9 %
- mignolo	7 %
- gamba alla coscia	60 %
- gamba sotto il ginocchio	50 %
- piede	45 %
- alluce	8 %
- dito del piede	3 %
- forza visiva di un occhio	30 %
- forza visiva del secondo occhio per persone con un occhio solo	50 %
- udito di entrambe le orecchie	60 %
- udito di un orecchio	15 %
- udito di un orecchio se quello dell'altro orecchio era già completamente perso prima che si verificasse l'evento assicurato	30 %
- odorato	10 %
- senso del gusto	10 %
- rene	20 %
- milza	5 %
- limitazione importante e molto dolorosa della funzione della colonna vertebrale	50 %

In caso di perdita soltanto parziale oppure incapacità soltanto parziale dell'uso vale un grado d'invalidità corrispondentemente minore.

Qualora la definizione del grado d'invalidità mediante scala non sia possibile, essa viene effettuata sulla base degli stessi criteri attuati per la valutazione del danno all'integrità secondo la Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) o l'ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF). In tali casi si fa riferimento in special modo alle tabelle «Indennità per menomazione dell'integrità secondo LAINF» pubblicate da SUVA.

In caso di perdita contemporanea oppure incapacità dell'uso contemporanea di più parti del corpo a seguito al medesimo infortunio il grado di invalidità viene di regola stabilito mediante l'addizione delle quote percentuali. Il grado di invalidità non può però mai superare il 100%. In caso di perdita di tutte le dita di una mano, sarà versato al massimo il capitale dell'invalidità che entra in considerazione per la perdita della mano corrispondente.

9.4. Deturpamento grave

Per un deturpamento permanente e grave del corpo umano (danni estetici come ad es. delle cicatrici) provocato da un infortunio per cui non è dovuto alcun capitale dell'invalidità, che rende però comunque più difficile la posizione sociale della persona assicurata, l'assicuratore corrisponde, dalla somma assicurata pattuita per l'invalidità (senza progressione):

- il 10% nei casi di deturpamento del viso
- il 5% nei casi di deturpamento di altre parti del corpo normalmente visibili.

La prestazione per danni estetici è limitata a CHF 20'000.-.

La progressione decade.

9.5. Difetti corporali preesistenti

Difetti corporali preesistenti, ad eccezione della perdita del secondo occhio o dell'udito del secondo orecchio, che abbiano aggravato le conseguenze di un infortunio, non prevedono prestazioni più elevate.

Se delle parti del corpo erano già perse totalmente o parzialmente o non vi era più la capacità dell'uso totale o parziale, al momento della definizione del grado di invalidità viene dedotto il grado d'invalidità preesistente, stabilito secondo i principi sopra esposti.

Se delle malattie o delle infermità preesistenti, non provocate ex novo dall'infortunio, aggravano in modo determinante le conseguenze dell'infortunio, le prestazioni assicurative vengono decurtate proporzionalmente e precisamente già al momento della definizione del grado di invalidità e non solo alla definizione del capitale d'invalidità.

9.6. Indennizzo in caso di invalidità

In caso di invalidità superiore al 25% l'indennizzo aumenta progressivamente fino al 350% della somma d'assicurazione.

Grado d'invalidità (%)	Indennizzo (%) della somma d'assicurazione	Grado d'invalidità (%)	Indennizzo (%) della somma d'assicurazione
1	1	19	19
2	2	20	20
3	3	21	21
4	4	22	22
5	5	23	23
6	6	24	24
7	7	25	25
8	8	26	28
9	9	27	31
10	10	28	34
11	11	29	37
12	12	30	40
13	13	31	43
14	14	32	46
15	15	33	49
16	16	34	52
17	17	35	55
18	18	36	58

Grado d'invalidità (%)	Indennizzo (%) della somma d'assicurazione	Grado d'invalidità (%)	Indennizzo (%) della somma d'assicurazione
37	61	69	195
38	64	70	200
39	67	71	205
40	70	72	210
41	73	73	215
42	76	74	220
43	79	75	225
44	82	76	230
45	85	77	235
46	88	78	240
47	91	79	245
48	94	80	250
49	97	81	255
50	100	82	260
51	105	83	265
52	110	84	270
53	115	85	275
54	120	86	280
55	125	87	285
56	130	88	290
57	135	89	295
58	140	90	300
59	145	91	305
60	150	92	310
61	155	93	315
62	160	94	320
63	165	95	325
64	170	96	330
65	175	97	335
66	180	98	340
67	185	99	345
68	190	100	350

10. Limitazione delle prestazioni

10.1. Principio

Non trovano applicazione le disposizioni relative alle limitazioni delle prestazioni delle Condizioni comuni.

10.2. Esclusione di prestazioni

Non sussiste diritto alle prestazioni dell'assicurazione:

- a seguito di guerre, guerre civili oppure situazioni simili alle guerre
 - in Svizzera, nel Principato del Liechtenstein oppure negli Stati limitrofi,
 - all'estero, a meno che l'infortunio non avvenga entro 14 giorni dal primo insorgere di simlieventi nel Paese in cui la persona assicurata soggiorna ed in cui essa risulti essere letteralmente sorpresa dallo scoppio del conflitto armato,
- a seguito di terremoti in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein,
- a seguito di pericoli straordinari. Sono considerati tali:
 - il servizio militare all'estero,
 - la partecipazione ad azioni bellicose, ad atti terroristici, l'esecuzione di crimini,
 - la partecipazione a zuffe e risse, a meno che la persona assicurata non risulti estranea all'evento o ferita dai contendenti nel prestare soccorso a una persona indifesa,

- i pericoli ai quali la persona ferita si è esposta provocando terzi,
- le conseguenze di tumulti e sommosse di ogni genere, a meno che la persona assicurata possa dimostrare di non essersi schierata attivamente o sediziosamente dalla parte dei sobillatori,
- la commissione di crimini e la partecipazione intenzionale a delitti da parte della persona assicurata, come pure il tentativo di commetterli, precisamente anche il solo assumersi il rischio di compierli,
- a seguito dell'effetto di raggi ionizzanti e danni derivanti dall'energia nucleare,
- nel caso di incidenti in cui la persona assicurata presenta un tasso di alcolemia nel sangue superiore al due per mille del peso, a meno che sia esclusa con ogni evidenza una relazione causale tra l'ubriachezza e l'infortunio,
- a seguito di rischi (azioni mediante le quali la persona assicurata si espone a un pericolo particolarmente elevato senza prendere o poter prendere delle misure che possano limitare il rischio a una misura ragionevole),
- a seguito di suicidio o danni alla salute al proprio corpo che la persona assicurata ha provocato intenzionalmente o in uno stato di completa o parziale incapacità di discernimento,
- a seguito dell'assunzione o l'iniezione intenzionale di medicinali, droghe e prodotti chimici,
- a seguito di interventi medici o chirurgici non resisi necessari da un infortunio assicurato,
- durante l'uso di velivoli in qualità di pilota militare, altro membro militare dell'equipaggio e granatieri paracadutisti,
- durante lanci con i paracaduti militari,
- durante viaggi aerei, se la persona assicurata viola intenzionalmente delle prescrizioni delle autorità o se non è in possesso dei documenti e delle autorizzazioni ufficiali,
- nella partecipazione ai costi legali e regolamentari della persona assicurata nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria contro le malattie.

10.3. Decurtazione delle prestazioni

10.3.1. Negligenza grave

L'assicuratore rinuncia al diritto di ridurre le prestazioni, se un infortunio assicurato è stato provocato per negligenza grave.

10.3.2. Fattori accidentali estranei

Se il decorso di un infortunio assicurato è influenzato da fattori estranei, l'assicuratore accorda unicamente la parte delle prestazioni pattuite che sarà stabilita da una valutazione medica. I fattori estranei vengono dunque sottratti già al momento della definizione del grado d'invalidità e non solo alla definizione del capitale d'invalidità.

10.3.3. Violazione dei doveri in caso di danno

In caso di violazione colposa dei doveri da parte della persona assicurata le prestazioni possono essere decurtate.

10.3.4. Ulteriori riduzioni delle prestazioni

Alle ulteriori riduzioni di prestazioni si applicano le condizioni della LAINF vigenti al momento dell'infortunio oppure dell'insorgere della malattia professionale (art. 37-39).

10.4. Decesso causato da una persona avente diritto

Se un beneficiario causa intenzionalmente il decesso della persona assicurata durante l'esecuzione di un crimine o di un delitto, esso

non ha alcun diritto a prestazioni pecuniarie. Se un beneficiario ha provocato con colpa grave il decesso della persona assicurata, le prestazioni a cui ha diritto vengono ridotte, in casi particolarmente gravi possono essere rifiutate.

11. Spese per la riforma professionale

Se una riforma professionale è necessaria con riferimento a un infortunio, per cui l'assicuratore ha fornito delle prestazioni, l'assicuratore si assume le relative spese appropriate, al massimo fino al 10% dell'importo della somma d'invalidità assicurata.

12. Premi

Trovano applicazione le disposizioni relative ai premi e ai pagamenti delle Condizioni comuni.

13. Comportamento in caso di sinistro

Un infortunio, che provocherà verosimilmente un obbligo di fornire prestazioni da parte dell'assicuratore, va notificato senza indugio a ÖKK.

Un decesso va notificato immediatamente, al più tardi entro dieci giorni.

La persona assicurata deve sottoporsi agli esami e alle condizioni dei medici a cui l'assicuratore ha dato mandato a proprie spese.

La persona assicurata è tenuta, in caso di perdita di ogni diritto per omissione, a fornire all'assicuratore entro 30 giorni dalla richiesta scritta ogni informazione concernente lo stato di salute precedente o attuale come pure per quanto attiene al decorso dell'infortunio e della guarigione. La persona assicurata o le persone aventi diritto devono motivare a loro spese le proprie pretese mediante attestati medici. Questi ultimi possono pure essere richiesti dall'assicuratore.

La persona assicurata è tenuta a svincolare dal segreto professionale tutti i medici presso i quali è stata curata in seguito a infortunio o malattia, affinché possano fornire all'assicuratore ogni informazione richiesta.

Se le persone assicurate o gli aventi diritto non adempiono in modo colposo a uno di questi doveri, l'assicuratore può decurtare le prestazioni dell'importo corrispondente, di cui si sarebbero ridotte in caso di notifica tempestiva, a meno che le persone assicurate o gli aventi diritto provino che il comportamento lesivo del contratto non abbia avuto influsso sulle conseguenze dell'infortunio e sulle relative constatazioni.

14. Comunicazioni all'assicuratore

Tutte le comunicazioni e le denunce vanno indirizzate alla ÖKK. L'assicuratore riconosce tali comunicazioni e denunce come se fossero state effettuate a lui stesso. Tutte le comunicazioni dell'assicuratore avvengono in maniera giuridicamente valida all'ultimo indirizzo in Svizzera che la persona assicurata o l'avente diritto ha notificato.

15. Luogo dell'adempimento e foro competente

Oltre al foro di Zurigo l'assicuratore riconosce quale foro per controversie derivanti dal presente contratto quello del domicilio svizzero della persona assicurata o dell'avente diritto. L'assicuratore adempie ai propri obblighi al domicilio della persona assicurata o dell'avente diritto.

16. Diritto applicabile

Alla presente assicurazione si applicano per il resto le disposizioni della Legge del 2 aprile 1908 sul contratto d'assicurazione (LCA).

ÖKK Capitale di rischio in caso di decesso o invalidità in seguito a malattia (CGA CDI)

Indice

- 1. Basi dell'assicurazione**
 - 1.1. Basi
 - 1.2. Scopo e oggetto dell'assicurazione
 - 1.3. Condizioni d'assicurazione (CGA)
 - 1.4. Istituto d'assicurazione
 - 1.5. Persone assicurate
 - 1.6. Anno d'assicurazione
 - 1.7. Determinazione dell'età
 - 1.8. Ammissione nell'assicurazione
- 2. Protezione assicurativa**
 - 2.1. Inizio della protezione assicurativa
 - 2.2. Condizioni della protezione assicurativa
 - 2.3. Assenza di protezione assicurativa
 - 2.4. Cessazione della protezione assicurativa
 - 2.5. Validità territoriale della protezione assicurativa
- 3. Inizio, durata e termine dell'assicurazione**
 - 3.1. Inizio e durata dell'assicurazione
 - 3.2. Modifica dell'assicurazione
 - 3.3. Sospensione dell'assicurazione
 - 3.4. Termine dell'assicurazione
- 4. Prestazioni**
 - 4.1. Panoramica delle prestazioni
 - 4.2. Definizioni delle nozioni
 - 4.2.1. Invalidità
 - 4.2.2. Malattia
 - 4.2.3. Incapacità al lavoro
 - 4.2.4. Incapacità al guadagno
 - 4.2.5. Esigibilità
 - 4.3. Somme d'assicurazione
 - 4.3.1. Importo delle somme d'assicurazione
 - 4.3.2. Somme d'assicurazione massime
 - 4.3.3. Interruzione del nesso di causalità
 - 4.3.4. Regressione graduale delle prestazioni di capitale tra i 56 e i 65 anni d'età
 - 4.4. Capitale d'invalidità
 - 4.4.1. Diritto al capitale d'invalidità
 - 4.4.2. Momento in cui insorge il diritto a un capitale d'invalidità
 - 4.4.3. Basi di calcolo della prestazione di capitale in caso d'invalidità
 - 4.4.4. Graduazione della prestazione di capitale in caso d'invalidità
 - 4.4.5. Modifica del grado di incapacità al guadagno
 - 4.4.6. Determinazione del grado di incapacità al guadagno in caso di persone adulte che esercitano un'attività lucrativa
 - 4.4.7. Determinazione del grado di incapacità al guadagno in caso di persone adulte senza o con attività lucrativa parziale
 - 4.4.8. Determinazione del grado di incapacità al guadagno per bambini e giovani
 - 4.5. Capitale in caso di decesso
 - 4.5.1. Diritto al capitale in caso di decesso
 - 4.5.2. Basi di calcolo della prestazione di capitale in caso di decesso
 - 4.5.3. Clausola beneficiaria
 - 4.6. Nessun diritto a prestazioni assicurative
 - 4.6.1. In caso di infortunio
 - 4.6.2. In caso di lesioni corporali parificabili ai postumi d'infortunio
 - 4.6.3. In caso di incapacità al guadagno provocata intenzionalmente
 - 4.6.4. In caso di lesioni corporali prenatali, infermità congenite e le loro conseguenze
 - 4.6.5. In caso di suicidio e di decesso in seguito a un tentativo di suicidio
 - 4.6.6. In caso di radiazioni ionizzanti e danni derivanti dall'energia atomica
 - 4.7. Riduzione del diritto a prestazioni assicurative
 - 4.7.1. Concomitanza di più cause
 - 4.7.2. Concomitanza della prestazione di capitale in caso di invalidità e di decesso
 - 4.8. Garanzia e versamento delle prestazioni
 - 4.8.1. Inalienabilità dei diritti
 - 4.8.2. Verifica del diritto a prestazioni assicurative
 - 4.8.3. Versamento delle prestazioni assicurative
- 5. Condizioni particolari**
 - 5.1. Obblighi di collaborazione in caso di malattia
 - 5.2. Premi
 - 5.3. Comportamento in caso di sinistro
 - 5.4. Comunicazioni e notifiche
 - 5.5. Servizio militare
 - 5.6. Luogo d'adempimento
 - 5.7. Foro e diritto applicabile
 - 5.8. Entrata in vigore e modifiche

1. Basi dell'assicurazione

1.1. Basi

Formano le basi del contratto la proposta d'assicurazione individuale, la polizza assicurativa, le Condizioni comuni (CC ÖKK) e le Condizioni generali d'assicurazione (CGA CDI) inerenti all'assicurazione del capitale di rischio in caso di decesso e invalidità in seguito a malattia nonché in modo complementare la Legge federale del 2 aprile 1908 sul contratto d'assicurazione.

1.2. Scopo e oggetto dell'assicurazione

Il fine della presente assicurazione di capitale di rischio complementare è di preservare le persone assicurate dalle conseguenze economiche in caso di decesso e invalidità in seguito a malattia.

L'oggetto della presente assicurazione di capitale di rischio complementare è una prestazione di capitale unica per la copertura delle conseguenze economiche in caso di decesso e invalidità in seguito a malattia.

1.3. Condizioni d'assicurazione (CGA)

Le presenti condizioni generali d'assicurazione (CGA CDI) espongono i diritti e i doveri della persona assicurata risp. degli aventi diritto. In particolare determinano i diritti al capitale della persona assicurata in caso di incapacità al guadagno nonché i beneficiari in caso di decesso della persona assicurata in seguito a malattia.

Le Condizioni comuni (CC ÖKK) sono parte integrante della presente assicurazione del capitale di rischio complementare. In caso di divergenze con le Condizioni comuni (CC ÖKK), fanno stato le Condizioni generali (CGA CDI).

1.4. Istituto d'assicurazione

L'istituto d'assicurazione è la Nazionale Svizzera Vita SA, Bottmingen (in seguito assicuratore). Le pretese derivanti da questo contratto possono essere esclusivamente avanzate contro l'assicuratore.

1.5. Persone assicurate

Sono assicurabili singole persone con domicilio in Svizzera nonché frontalieri e i loro familiari che si assicurano volontariamente ai sensi delle Condizioni d'assicurazione generali (CGA CDI).

Vengono assicurate singole persone che al momento della stesura della proposta sono assicurate tramite un'assicurazione malattia o un'assicurazione malattia complementare della ÖKK o che hanno inoltrato una tale richiesta o che diverranno persone assicurate della ÖKK.

1.6. Anno d'assicurazione

L'anno d'assicurazione inizia il 1° gennaio e termina il 31 dicembre.

1.7. Determinazione dell'età

L'età determinante per l'assicurazione (età effettiva) della persona assicurata corrisponde alla differenza tra l'anno civile e l'anno di nascita.

1.8. Ammissione nell'assicurazione

L'ammissione nell'assicurazione avviene sostanzialmente in base alle risposte date alle domande sullo stato di salute contenute

nella proposta. Se l'ammissione nell'assicurazione viene richiesta durante i primi 90 giorni di vita, calcolati a partire dal giorno della nascita della persona assicurata, non è necessario effettuare un esame dello stato di salute.

2. Protezione assicurativa

2.1. Inizio della protezione assicurativa

La protezione assicurativa inizia il giorno dell'inizio dell'assicurazione comunicato per iscritto al proponente dalla ÖKK, al più presto tuttavia alla data confermata sulla polizza assicurativa.

2.2. Condizioni della protezione assicurativa

La protezione assicurativa è accordata se al momento dell'inizio della protezione assicurativa la persona assicurata è abile al lavoro al cento per cento, se non è periodicamente in cura o sotto controllo medico e se le sue prestazioni da assicurare iniziali o determinate posteriormente in modo complementare non eccedono i limiti delle somme predefinite dall'assicuratore. Altrimenti la protezione assicurativa non è data risp. la somma d'assicurazione è adeguata ai valori ammessi (cfr. cifra 4.3.2.).

2.3. Assenza di protezione assicurativa

La protezione assicurativa non è accordata se il caso d'assicurazione è riconducibile alle conseguenze di una malattia, di un'infermità o di un infortunio precedenti l'inizio della protezione assicurativa.

La protezione assicurativa non è inoltre accordata per i bambini in età prescolare durante i loro primi 90 giorni di vita, calcolati a partire dal giorno della nascita nonché per i casi assicurati che sono da ricondurre ad una malattia, un'infermità o alle conseguenze di un infortunio entro questi primi 90 giorni di vita.

2.4. Cessazione della protezione assicurativa

Se la persona assicurata presta servizio militare in regioni di crisi per attuare misure di mantenimento della pace (per es. i caschi blu dell'ONU, i berretti gialli dell'OSCE, ecc.) la protezione assicurativa decade.

2.5. Validità territoriale della protezione assicurativa

La protezione assicurativa è valevole nel mondo intero.

3. Inizio, durata e termine dell'assicurazione

3.1. Inizio e durata dell'assicurazione

L'assicurazione incomincia al più presto alla nascita e al più tardi il giorno del compimento dei 60 anni d'età della persona assicurata (età di stipula).

Il rapporto d'assicurazione dura al più tardi fino al giorno del compimento dei 65 anni d'età della persona assicurata (età termine).

È possibile concludere l'assicurazione in qualsiasi momento precedente il raggiungimento dell'età di stipula, anche nel corso dell'anno civile. L'assicurazione può essere richiesta per l'inizio di ogni primo del mese.

3.2. Modifica dell'assicurazione

Un aumento della somma d'assicurazione è possibile in qualsiasi momento nell'ambito delle categorie d'età e delle somme d'assicurazione predefinite dall'assicuratore (cfr. cifra 4.3.2.) prima del raggiungimento dell'età di stipula della persona assicurata, tramite una proposta corrispondente.

3.3. Sospensione dell'assicurazione

Non è possibile una sospensione dell'assicurazione.

3.4. Termine dell'assicurazione

L'assicurazione e pertanto la protezione assicurativa si estinguono nei seguenti casi:

- In caso di decesso della persona assicurata.
- In caso di partenza per l'estero (ad eccezione dell'acquisizione dello stato di frontaliera).
- Con il raggiungimento dell'età termine il giorno successivo il compimento dei 65 anni d'età.
- In caso di versamento di un capitale d'invalidità, l'assicurazione di capitale d'invalidità si estingue.
- In caso di disdetta ai sensi delle Condizioni comuni (CC ÖKK).

4. Prestazioni

4.1. Panoramica delle prestazioni

L'assicuratore fornisce alla/e persona/e avente/i diritto nell'ambito della protezione assicurativa le seguenti prestazioni in caso di decesso e d'invalidità in seguito a malattia:

- In caso di decesso
 - Capitale in caso di decesso.
- In caso di incapacità al guadagno presumibilmente permanente (invalidità)
 - Capitale d'invalidità.

4.2. Definizioni delle nozioni

4.2.1. Invalidità

L'invalidità è l'incapacità al guadagno presumibilmente permanente totale o parziale in seguito a malattia.

4.2.2. Malattia

È ritenuta malattia l'alterazione involontaria della salute fisica e psichica di una persona assicurata che può essere constatata da un medico e che non è la conseguenza di un infortunio.

4.2.3. Incapacità al lavoro

È considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un pregiudizio alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale.

4.2.4. Incapacità al guadagno

È considerata incapacità al guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un pregiudizio alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

Una persona assicurata è ritenuta incapace al guadagno se non è in grado, a causa di un pregiudizio della salute fisico, mentale o psichico, stabilito obiettivamente sul piano medico, di esercitare

la sua professione oppure un'altra attività lucrativa esigibile e subisce perciò contemporaneamente una perdita di guadagno.

L'incapacità al guadagno è riconosciuta quale permanente se la persona ha addotto la prova che dal proseguimento della cura medica non è attendibile un miglioramento considerevole della capacità al guadagno e che l'incapacità al guadagno perdurerà presumibilmente a vita.

4.2.5. Esigibilità

Un'attività è considerata esigibile se essa corrisponde alle capacità e alla situazione sociale attuale della persona assicurata anche se le conoscenze necessarie in questione devono ancora essere acquisite tramite corsi di riqualificazione.

4.3. Somme d'assicurazione

4.3.1. Importo delle somme d'assicurazione

Sono determinanti le somme d'assicurazione indicate nella polizza d'assicurazione.

Per bambini che ancora non hanno raggiunto un'età di due anni e mezzo, il capitale legale in caso di decesso ammonta al massimo a CHF 2'500.

4.3.2. Somme d'assicurazione massime

Le somme d'assicurazione massime dipendono dall'età della persona assicurata conformemente alla tabella sottostante.

Categoria d'età	Somma massima in caso di decesso (CHF)	Somma massima in caso d'invalidità (CHF)
bambini da 0 a 3 anni	20'000.-*	150'000.-
giovani da 4 a 15 anni	20'000.-	150'000.-
adulti da 16 a 50 anni	300'000.-	300'000.-
adulti da 51 a 55 anni	200'000.-	200'000.-
adulti da 56 a 65** anni	100'000.-	100'000.-

* per bambini che ancora non hanno raggiunto un'età di due anni e mezzo, il capitale legale in caso di decesso ammonta al massimo a CHF 2'500.

** fino all'età termine secondo la cifra 3.1.

Con il raggiungimento di una nuova categoria d'età, le somme d'assicurazione sono adattate rispettivamente alle somme d'assicurazione massime delle rispettive categorie d'età e i premi adeguati conformemente. Altrimenti le somme d'assicurazione rimangono invariate.

4.3.3. Interruzione del nesso di causalità

Se la persona assicurata decede prima del versamento della prestazione di capitale in caso d'invalidità, sarà corrisposta unicamente la somma in caso di decesso assicurata. Se non è assicurata alcuna prestazione in caso di decesso, la prestazione in caso d'invalidità decade se la persona assicurata decede prima che questa le sia corrisposta.

4.3.4. Regressione graduale delle prestazioni di capitale tra i 56 e i 65 anni d'età

A partire dai 57 fino ai 65 anni d'età le prestazioni di capitale in caso di decesso e d'invalidità diminuiscono ogni anno gradualmente del 10% della somma d'assicurazione secondo la tabella sottostante. I premi non subiscono invece nessuna variazione.

Età	Capitale assicurato max. CHF	Prestazione di capitale	Importo di versamento max. CHF	Premio
56 anni d'età	100'000.-	100 %	100'000.-	100 %
57 anni d'età	100'000.-	90 %	90'000.-	100 %
58 anni d'età	100'000.-	80 %	80'000.-	100 %
59 anni d'età	100'000.-	70 %	70'000.-	100 %
60 anni d'età	100'000.-	60 %	60'000.-	100 %
61 anni d'età	100'000.-	50 %	50'000.-	100 %
62 anni d'età	100'000.-	40 %	40'000.-	100 %
63 anni d'età	100'000.-	30 %	30'000.-	100 %
64 anni d'età	100'000.-	20 %	20'000.-	100 %
65 anni d'età	100'000.-	10 %	10'000.-	100 %

4.4. Capitale d'invalidità

4.4.1. Diritto al capitale d'invalidità

Il diritto della persona assicurata al capitale d'invalidità convenuto insorge se la persona assicurata è incapace al guadagno presumibilmente in modo permanente prima del raggiungimento dell'età termine.

4.4.2. Momento in cui insorge il diritto a un capitale d'invalidità

L'assicuratore corrisponde il capitale d'invalidità al più presto dopo un termine d'attesa di 24 mesi. Il termine di attesa inizia a decorrere dal giorno in cui la persona assicurata consulta per la prima volta un medico a causa della malattia che provoca l'incapacità lavorativa e in cui quest'ultimo attesta un'incapacità lavorativa di almeno il 50%.

In caso di ricaduta risp. di ulteriore incapacità al guadagno a causa degli stessi mali entro 12 mesi dalla fine dell'incapacità al guadagno già notificata, non è applicato alcun nuovo termine di attesa.

Se l'assicurazione invalidità federale versa le proprie prestazioni prima o se l'incapacità al guadagno permanente è determinata definitivamente prima della scadenza del periodo d'attesa, anche il capitale d'invalidità può essere corrisposto totalmente o parzialmente prima di tale termine. L'assicuratore decide in tal merito per ogni singolo caso.

4.4.3. Basi di calcolo della prestazione di capitale in caso d'invalidità

Per il calcolo della prestazione di capitale sono determinanti il capitale d'invalidità assicurato, l'età relativa all'inizio del termine d'attesa che attesta per la prima volta dal punto di vista medico l'incapacità lavorativa nonché il grado d'incapacità della persona assicurata determinato dall'assicuratore.

4.4.4. Graduazione della prestazione di capitale in caso d'invalidità

La prestazione di capitale in caso d'invalidità è graduata e determinata in funzione del grado di incapacità al guadagno della persona assicurata, stabilito dall'assicuratore.

- In caso di incapacità al guadagno compresa tra il 70% e il 100%, la persona assicurata ha diritto al versamento dell'intero capitale in caso d'invalidità.
- In caso di incapacità al guadagno compresa tra il 50% e il 70%, la persona assicurata ha diritto al versamento del capitale in caso d'invalidità in proporzione al grado d'invalidità determinato.
- In caso di un'incapacità al guadagno inferiore al 50% non si ha alcun diritto al versamento di un capitale in caso d'invalidità.

4.4.5. Modifica del grado di incapacità al guadagno

In caso di modifica del grado di incapacità al guadagno in seguito al versamento del capitale in caso d'invalidità, non viene effettuato alcun adeguamento della prestazione secondo il nuovo grado di incapacità al guadagno.

4.4.6. Determinazione del grado di incapacità al guadagno in caso di persone adulte che esercitano un'attività lucrativa

Per le persone che esercitano un'attività lucrativa, il grado di incapacità al guadagno è determinato in base alla perdita di guadagno subita dalla persona assicurata.

Per le persone che esercitano un'attività lucrativa con reddito regolare è tenuto conto del reddito soggetto all'AVS conseguito nel mese precedente l'inizio del termine d'attesa quale base per determinare il grado di incapacità al guadagno. Per le persone che esercitano un'attività lucrativa con reddito soggetto a fluttuazioni o irregolare è tenuto conto del reddito soggetto all'AVS conseguito negli ultimi due anni civili precedenti l'inizio del termine d'attesa per determinare il grado di incapacità al guadagno.

Per le persone che esercitano un'attività lucrativa indipendente, il grado di incapacità al guadagno è calcolato in base al reddito medio soggetto all'AVS conseguito negli ultimi 2 anni civili precedenti l'inizio del termine d'attesa o in base alla perdita di guadagno effettiva subita dalla persona assicurata durante gli ultimi due anni d'esercizio. Il reddito realizzato con l'attività svolta tramite attività lucrativa sarà confrontato con quello che la persona assicurata può o potrebbe ancora realizzare in condizioni equilibrate del mercato del lavoro in seguito al sopraggiungere dell'incapacità al guadagno; dalla differenza espressa in percentuale del reddito fino allora percepito risulta il grado di incapacità al guadagno.

4.4.7. Determinazione del grado di incapacità al guadagno in caso di persone adulte senza o con attività lucrativa parziale

In caso di persone che non esercitano un'attività lucrativa o di persone che hanno cessato completamente o parzialmente di esercitare un'attività lucrativa per motivi non legati alla salute, il grado di incapacità al guadagno è calcolato in base a un confronto dell'attività. A tale scopo le attività e i compiti delle persone assicurate prima e in seguito al sopraggiungere della malattia sono valutate, soppesate e confrontate. Le attività e i compiti eseguiti prima dell'insorgere dell'incapacità al guadagno saranno messe in relazione con quelli che possono essere ancora eseguiti dopo il sopraggiungere dell'incapacità al guadagno. L'impossibilità di svolgere mansioni nella sfera d'attività e di competenza attuale è equiparata all'incapacità al guadagno. Dalla differenza espressa in percentuale del reddito fino allora percepito risulta il grado di incapacità al guadagno.

Per le persone che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale, la determinazione del grado di incapacità al guadagno sarà effettuata in maniera analoga al metodo misto adottato dall'Assicurazione invalidità federale (AI).

4.4.8. Determinazione del grado di incapacità al guadagno per bambini e giovani

Il grado di incapacità di bambini e giovani viene calcolato in base al grado in cui la persona assicurata non potrà esercitare un'attività lucrativa.

Per giovani che non hanno ancora incominciato una formazione professionale, l'incapacità al guadagno è calcolata valutando se e in quale misura la persona assicurata potrà esercitare in futuro un'attività professionale. Il grado dell'incapacità al guadagno corrisponde al rapporto esistente tra la riduzione del reddito presumibile a causa dell'incapacità al guadagno ridotta e il reddito stabilito in base alla mediana attualizzata ogni anno secondo il rilevamento dell'Ufficio federale di statistica sulla struttura dei salari.

Per giovani che seguono una formazione professionale, quale base di calcolo si applica il reddito che sarebbe stato conseguito sul mercato del lavoro preso in considerazione al termine della formazione professionale intrapresa. Il grado dell'incapacità al guadagno corrisponde al rapporto esistente tra la riduzione del reddito presumibile a causa dell'incapacità al guadagno ridotta e il reddito stabilito in base alla mediana attualizzata ogni anno secondo il rilevamento dell'Ufficio federale di statistica sulla struttura dei salari e che corrisponde alla professione per cui era stata intrapresa la formazione.

4.5. Capitale in caso di decesso

4.5.1. Diritto al capitale in caso di decesso

Il diritto al capitale in caso di decesso insorge con il decesso della persona assicurata prima del raggiungimento dell'età termine.

L'assicuratore rinuncia al diritto spettategli per legge di ridurre la prestazione di capitale in caso di decesso se il decesso è stato causato per negligenza grave dalla persona assicurata.

4.5.2. Basi di calcolo della prestazione di capitale in caso di decesso

Per il calcolo della prestazione di capitale sono determinanti il capitale in caso di decesso assicurato nonché l'età della persona assicurata al momento del decesso.

4.5.3. Clausola beneficiaria

Ricevono il capitale in caso di decesso le persone designate come beneficiarie nella proposta. Fino al sopraggiungere del decesso è possibile modificare in qualsiasi momento e scegliere liberamente le persone beneficiarie. Una modifica della clausola beneficiaria deve essere inoltrata per iscritto.

Se nel contratto non è designata alcuna persona beneficiaria, si applica il regolamento ordinario delle persone beneficiarie che prevede quali persone beneficiarie della prestazione in caso di decesso il coniuge superstite, in sua mancanza, i figli, in loro mancanza gli altri eredi legali della persona assicurata.

4.6. Nessun diritto a prestazioni assicurative

4.6.1. In caso di infortunio

Non sussiste alcun diritto a prestazioni in caso di decesso e di incapacità al guadagno in seguito a malattia se l'evento assicurato è stato causato da un infortunio secondo le Condizioni comuni (CC ÖKK).

Le malattie professionali ai sensi della LAINF non danno diritto a prestazioni in caso di decesso e in caso di incapacità al guadagno in seguito a malattia.

4.6.2. In caso di lesioni corporali parificabili ai postumi d'infortunio

In caso di lesioni corporali parificabili ai postumi d'infortunio non si ha alcun diritto a prestazioni in caso di decesso e di incapacità al guadagno in seguito a malattia. Sono considerati lesioni corporali parificabili ai postumi d'infortunio e non malattie:

- Danni alla salute e le loro conseguenze derivanti dall'aspirazione involontaria di gas o vapori o dall'ingerimento non intenzionale di sostanze tossiche o corrosive.
- Lesioni corporali elencate nelle Condizioni comuni (CC ÖKK).
- Congelamenti, insolazione, colpi di sole nonché danni alla salute causati da raggi ultravioletti e le loro conseguenze, ad eccezione di scottature solari.
- L'annegamento involontario.

4.6.3. In caso di incapacità al guadagno provocata intenzionalmente

Non si ha alcun diritto a prestazioni in caso di incapacità al guadagno se la persona assicurata ha causato intenzionalmente la propria incapacità al guadagno risp. la propria malattia (tra l'altro autolesioni, tentativo di suicidio). Ciò si applica anche quando la persona assicurata che ha commesso l'azione che ha causato l'incapacità al guadagno non era capace di discernimento.

L'assicuratore rinuncia ad avvalersi del diritto che le spetta di ridurre la prestazioni di capitale in caso d'invalidità se la capacità al guadagno è stato causato per colpa grave.

4.6.4. In caso di lesioni corporali prenatali, infermità congenite e le loro conseguenze

Non si ha alcun diritto a prestazioni in caso di incapacità al guadagno e di decesso se l'incapacità al guadagno risp. il decesso della persona assicurata deriva da lesioni corporali prenatali, infermità congenite e dalle loro conseguenze.

4.6.5. In caso di suicidio e di decesso in seguito a un tentativo di suicidio

Per un periodo di 3 anni dal momento in cui è stata inoltrata la proposta, non si ha alcun diritto a prestazioni in caso di decesso se la persona assicurata decede in seguito a suicidio o alle conseguenze di un tentativo di suicidio. Ciò vale anche quando la persona assicurata che ha commesso l'azione che ha causato il decesso non era capace completamente o parzialmente di discernimento.

4.6.6. In caso di radiazioni ionizzanti e danni derivanti dall'energia atomica

Non si ha alcun diritto a prestazioni in caso di decesso e incapacità al guadagno se la persona assicurata è stata esposta all'effetto delle radiazioni ionizzanti e pertanto si ammalava.

4.7. Riduzione del diritto a prestazioni assicurative

4.7.1. Concomitanza di più cause

In caso di concomitanza di più cause, l'assicuratore riconosce i diritti nella misura in cui l'ammontare non è oggetto dell'assicurazione contro gli infortuni o militare.

4.7.2. Concomitanza della prestazione di capitale in caso d'invalidità e di decesso

In caso di decesso, il capitale d'invalidità già versato quando la persona assicurata era ancora in vita viene dedotto dal capitale in caso di decesso.

4.8. Garanzia e versamento delle prestazioni

4.8.1. Inalienabilità dei diritti

L'insieme delle prestazioni derivanti da quest'assicurazione (CGA CDI) sono destinate unicamente al sostentamento personale delle persone aventi diritto. Una costituzione in pegno, una cessione o un pignoramento conformemente al diritto di esecuzione delle prestazioni non è possibile prima della loro scadenza.

4.8.2. Verifica del diritto a prestazioni assicurative

I documenti che devono essere inoltrati per la verifica del diritto comprendono fondamentalmente:

- In caso di decesso:
Estratto del registro di famiglia / certificato di morte rilasciato dal medico / certificato di morte ufficiale.
- In caso di incapacità al guadagno:
Certificato medico / documentazione inerente alla malattia / atti dell'AI / estratto dell'AVS / certificato di salario, conteggi salariali e bilanci.

L'assicuratore è autorizzato a richiedere ulteriori informazioni e prove o a procurarsele nonché a sottoporre la persona assicurata in qualsiasi momento a un esame medico da parte del proprio medico di fiducia. Il medico della persona assicurata è liberato dalla stessa verso l'assicuratore dal proprio segreto professionale.

4.8.3. Versamento delle prestazioni assicurative

La prestazione assicurativa viene corrisposta se le persone aventi diritto hanno presentato tutti i documenti che sono necessari per la verifica e la valutazione del diritto a prestazioni.

La prestazione assicurativa giunge a scadenza al termine di un periodo di quattro settimane, contando dal momento in cui l'assicuratore ha ricevuto tutta la documentazione e tutte le indicazioni che consentono all'assicuratore di verificare l'esattezza della pretesa. Fino a questo momento, i premi assicurativi devono essere corrisposti.

Le prestazioni assicurative sono corrisposte in franchi svizzeri (CHF).

5. Condizioni particolari

5.1. Obblighi di collaborazione in caso di malattia

Nell'ambito degli obblighi di collaborazione e di limitazione del danno, la persona assicurata è tenuta ad autorizzare l'assicuratore a richiedere informazioni e atti presso ospedali, medici, autorità, compagnie assicurative nonché presso istituzioni assicurative sociali e terzi, nonché a liberare queste istituzioni dal loro segreto professionale.

La persona assicurata ha l'obbligo di trasmettere immediatamente all'assicuratore ogni informazione richiesta in merito allo stato di salute precedente e attuale nonché al decorso della malattia.

L'assicuratore si riserva il diritto di far esaminare la persona assicurata da medici di propria scelta. La persona assicurata deve sottoporsi agli esami e sottostare alle disposizioni dei medici incaricati dall'assicuratore. Le relative spese sono a carico dell'assicuratore.

Se le persone aventi diritto non adempiono a uno di questi obblighi, non giunge a scadenza alcun diritto a prestazioni e l'assicuratore è autorizzato a rifiutare le prestazioni. In questo caso perdura l'obbligo al pagamento dei premi.

5.2. Premi

I premi sono calcolati in base alla categoria d'età della persona assicurata e all'entità della somma d'assicurazione. I premi sono garantiti per un anno civile. Non vi è alcuna garanzia della tariffa.

5.3. Comportamento in caso di sinistro

Il sopraggiungere di un'incapacità al guadagno, per cui l'assicuratore deve presumibilmente fornire delle prestazioni, deve essere notificata senza indugio.

Un caso di decesso deve essere notificato immediatamente, al più tardi entro 10 giorni.

Inoltre devono essere inoltrati immediatamente i documenti necessari per la verifica e la valutazione del diritto a prestazioni.

5.4. Comunicazioni e notifiche

Tutte le comunicazioni e le notifiche devono essere indirizzate alla ÖKK. Il versamento della prestazione da parte dell'assicurato avviene tramite la ÖKK.

5.5. Servizio militare

Il servizio militare attivo per difendere la neutralità svizzera come pure quello prestato per mantenere la tranquillità e l'ordine nell'interno del paese, senza che nell'uno o nell'altro caso intervengano operazioni belliche, è ritenuto servizio militare in tempo di pace ed è incluso come tale nella presente assicurazione. Se la Svizzera dovesse entrare in guerra o trovarsi coinvolta in operazioni di carattere bellico si applicano le relative disposizioni rilasciate dal Consiglio federale.

5.6. Luogo d'adempimento

Luogo d'adempimento è il domicilio svizzero o nel Principato del Liechtenstein della persona avente diritto. In caso di mancanza di un tale domicilio, quale luogo d'adempimento vale la sede della ÖKK.

5.7. Foro e diritto applicabile

In caso di controversie inerenti a questo contratto, quale foro la persona avente diritto può scegliere il foro al proprio domicilio svizzero o alla sede dell'assicuratore (Nazionale Svizzera Vita SA, Bottmingen). Il presente contratto d'assicurazione è retto esclusivamente dal diritto svizzero.

5.8. Entrata in vigore e modifiche

Le presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA CDI) entrano in vigore il 1° gennaio 2010.

Modifiche delle Condizioni generali d'assicurazione (CGA CDI) saranno comunicate alla persona assicurata almeno 3 mesi prima della loro entrata in vigore.

ÖKK COMPENSA

ÖKK Versicherungen AG, Edizione 1.1.2010

Indice

1. Fondamenti assicurativi

- 1.1. Scopo
- 1.2. Condizioni generali di assicurazione (CGA) e Condizioni comuni

2. Condizioni di ammissione

3. Campo di applicazione territoriale

- 3.1. Aspetti generali
- 3.2. Incapacità lavorativa all'estero
- 3.3. Soggiorno all'estero in caso d'incapacità lavorativa

4. Varianti assicurative

5. Procedura di conclusione assicurativa

- 5.1. Attestato medico
- 5.2. Passaggio dall'assicurazione collettiva
- 5.3. Età pensionistica AVS

6. Disdetta

- 6.1. Disdetta straordinaria
- 6.2. Altri motivi di rescissione

7. Estensione della copertura assicurativa

- 7.1. Ammontare dell'indennità giornaliera assicurata
- 7.2. Determinazione dell'indennità giornaliera
 - 7.2.1. In generale
- 7.3. Massima copertura
 - 7.3.1. Indennità giornaliera assicurabile
 - 7.3.2. Lavoratori autonomi
 - 7.3.3. Lavoratori dipendenti
 - 7.3.4. Persone senza attività lucrativa
 - 7.3.5. Persone disoccupate
- 7.4. Copertura contro infortuni
- 7.5. Maternità
- 7.6. Decorrenza delle prestazioni e periodi d'attesa
- 7.7. Adeguamento dell'assicurazione
 - 7.7.1. Adeguamento al rincaro
 - 7.7.2. Persone disoccupate

8. Prestazioni

- 8.1. Premessa per l'ottenimento di prestazioni
 - 8.1.1. Incapacità lavorativa
 - 8.1.2. Attestati medici
- 8.2. Estensione delle prestazioni
 - 8.2.1. In generale
 - 8.2.2. Lavoratori autonomi e persone senza attività lucrativa
 - 8.2.3. Lavoratori dipendenti
 - 8.2.4. Incapacità lavorativa parziale
 - 8.2.5. Infortunio
 - 8.2.6. Parto
- 8.3. Durata prestazioni
 - 8.3.1. Principio
 - 8.3.2. Parto
 - 8.3.3. Età pensionistica AVS
 - 8.3.4. Persone disoccupate
 - 8.3.5. Passaggio dall'assicurazione collettiva
- 8.4. Limitazione delle prestazioni
 - 8.4.1. Esclusione di prestazioni
 - 8.4.2. Riduzione delle prestazioni
 - 8.4.3. Obbligo di risarcimento

9. Obblighi di cooperazione in caso di malattia o infortunio

- 9.1. Obbligo di notifica
- 9.2. Obbligo d'informazione

10. Premi e pagamenti

- 10.1. Ammontare dei premi
- 10.2. Ribasso per assenza di prestazioni (RAP)
 - 10.2.1. Principio
 - 10.2.2. Periodo d'osservazione
 - 10.2.3. Gradi di ribasso
 - 10.2.4. Adeguamento di grado in caso di beneficio di prestazioni
 - 10.2.5. Adeguamento di grado in caso di assenza di prestazioni
 - 10.2.6. Modifica del grado di copertura assicurativa
- 10.3. Pagamento delle prestazioni
 - 10.3.1. Versamento delle indennità giornaliere
 - 10.3.2. Indennità giornaliera per il parto

11. Prestazioni di terzi

- 11.1. Lavoratori dipendenti e persone senza attività lucrativa
- 11.2. Lavoratori autonomi

1. Fondamenti assicurativi

1.1. Scopo

ÖKK COMPENSA (assicurazione perdita guadagno individuale secondo LCA) è disposta in virtù della normativa della Legge federale sul contratto d'assicurazione.

L'assicurazione è intesa a coprire la perdita di guadagno sopravvenuta in seguito ad incapacità lavorativa causata da malattia, infortunio o maternità.

ÖKK COMPENSA può venir proposta pure a persone senza attività lavorativa.

1.2. Condizioni generali di assicurazione (CGA) e Condizioni comuni

Le Condizioni comuni di «ÖKK Versicherungen AG» sono parte integrante delle Condizioni generali assicurative per l'assicurazione ÖKK COMPENSA. In caso di divergenze, le CGA ÖKK COMPENSA precedono le Condizioni comuni.

2. Condizioni di ammissione

Lavoratori autonomi, lavoratori dipendenti e persone senza attività lavorativa, (casalinghe e casalinghi, persone in formazione e persone collaboranti nell'azienda familiare senza retribuzione) possono concludere l'assicurazione ÖKK COMPENSA, a condizione che

- abbiano compiuto almeno 15 anni e la loro età non sia superiore ai 60 anni
- risultino nel pieno della capacità lavorativa al momento della richiesta d'assicurazione
- il loro domicilio si trovi in Svizzera o all'estero nelle zone di frontiera limitrofe.

3. Campo di applicazione territoriale

3.1. Aspetti generali

L'assicurazione ha validità a livello mondiale.

3.2. Incapacità lavorativa all'estero

In caso di viaggi di vacanza privati all'estero vengono corrisposte prestazioni d'indennità giornaliera unicamente per degenze ospedaliere. Questa regolamentazione si applica pure ai lavoratori frontalieri allorché questi si trovano al di fuori del territorio svizzero o del loro domicilio.

3.3. Soggiorno all'estero in caso d'incapacità lavorativa

Se la persona assicurata, inabile al lavoro e avente diritto a prestazioni si reca all'estero senza aver richiesto il preventivo consenso da parte dell'assicuratore, durante il periodo di soggiorno all'estero essa non avrà diritto alle prestazioni. Tale limitazione non si applica ai lavoratori frontalieri durante il loro soggiorno in Svizzera.

4. Varianti assicurative

Possono essere scelte le seguenti varianti assicurative:

- indennità giornaliera di malattia
- indennità giornaliera d'infortunio
- indennità giornaliera di malattia e infortunio.

Le varianti assicurative proposte possono essere concluse con diversa durata di prestazione.

5. Procedura di conclusione assicurativa

5.1. Attestato medico

L'assicuratore è autorizzato a richiedere un attestato medico oppure a disporre degli accertamenti da parte del proprio medico fiduciario. Sopportando i costi aggiuntivi egli può inoltre designare il medico.

5.2. Passaggio dall'assicurazione collettiva

Le CGA dell'assicurazione contro la perdita di guadagno per ditte (LCA) trovano applicazione anche in caso di passaggio dall'assicurazione collettiva all'assicurazione individuale.

5.3. Età pensionistica AVS

Persone assicurate che continuano la loro attività lavorativa anche dopo il raggiungimento dell'età pensionistica AVS possono richiedere la protrazione dell'assicurazione. La stessa potrà in questo caso continuare al massimo fino al compimento del 70esimo anno.

6. Disdetta

6.1. Disdetta straordinaria

Se a seguito di un cambiamento della situazione in ambito lavorativo la persona assicurata risulta parimenti assicurata contro la perdita di guadagno presso il nuovo datore di lavoro, con l'autorizzazione dell'assicuratore, la disdetta è possibile al di fuori dei termini ordinari per la fine di un mese, con preavviso di un mese.

6.2. Altri motivi di rescissione

Oltre ai motivi di una cessazione menzionati alle condizioni comuni, l'assicurazione si estingue pure nei seguenti casi:

- a) Cessazione dell'attività autonoma della persona assicurata.
- b) Trasferimento della sede aziendale all'estero, ad eccezione del trasferimento nelle regioni estere confinanti.
- c) Avvio di una procedura fallimentare nei confronti della persona assicurata con attività autonoma.
- d) Pensionamento. Su richiesta è comunque possibile protrarre l'assicurazione fino al raggiungimento del 70esimo anno d'età.
- e) Partenza per l'estero, ad eccezione dell'erezione del domicilio nelle regioni estere confinanti.

All'assicuratore è concessa la facoltà di recedere dal contratto entro 30 giorni

- f) se la persona assicurata ripetutamente e in modo grave si oppone a decisioni dell'assicuratore oppure non si attiene alle prescrizioni del medico
- g) in caso di evidente violazione intenzionale e negligente delle CGA.

7. Estensione della copertura assicurativa

7.1. Ammontare dell'indennità giornaliera assicurata

L'ammontare dell'indennità giornaliera è determinato di comune accordo tra la persona assicurata e l'assicuratore.

7.2. Determinazione dell'indennità giornaliera

7.2.1. In generale

L'indennità giornaliera corrisponde alla 365a parte della perdita di guadagno annua assicurata. L'indennità giornaliera determinata viene corrisposta per ogni giorno di calendario.

7.3. Massima copertura

7.3.1. Indennità giornaliera assicurabile

L'ammontare dell'indennità giornaliera assicurabile è limitato a CHF 200'000 annui. Per persone che passano a tale copertura da un'assicurazione collettiva di ÖKK, è limitato a CHF 250'000 annui.

7.3.2. Lavoratori autonomi

Persone assicurate il cui reddito proviene da attività lucrativa autonoma, hanno la possibilità di assicurare, oltre al reddito soggetto AVS secondo la decisione di contribuzione più recente, anche le spese ricorrenti comprovate. Sono queste le spese sostenute in proprio dalla persona assicurata, in diretta relazione con il conseguimento del guadagno e persistenti anche durante l'incapacità lavorativa, quali, costi fissi per pigioni aziendali, automobili, assicurazioni, ammortamenti finanziari, ecc.

7.3.3. Lavoratori dipendenti

Persone assicurate il cui reddito proviene da un rapporto di lavoro dipendente, hanno la possibilità di assicurarsi fino all'ammontare del loro salario lordo AVS.

7.3.4. Persone senza attività lucrativa

Casalinghe e casalinghi, persone in formazione nonché persone collaboranti nell'azienda familiare senza retribuzione, hanno la possibilità di assicurarsi fino all'ammontare massimo della rendita AVS semplice.

7.3.5. Persone disoccupate

La copertura massima concessa a persone disoccupate corrisponde all'ammontare dell'indennità di disoccupazione venuta a mancare.

7.4. Copertura contro infortuni

La copertura contro infortuni può essere integrata o assicurata separatamente.

7.5. Maternità

Nell'indennità giornaliera di malattia è inclusa pure la copertura per perdita di guadagno in caso di maternità.

7.6. Decorrenza delle prestazioni e periodi d'attesa

L'assicuratore propone l'assicurazione indennità giornaliera con differenti decorrenze di prestazione.

Il diritto alle prestazioni inizia dopo la fine del periodo d'attesa. Il periodo d'attesa inizia il giorno in cui è subentrata l'incapacità lavorativa attestata dal medico, al più presto però tre giorni prima della prima consultazione medica. Periodi d'attesa fino a 21 giorni vengono calcolati di volta in volta per ogni singolo caso di malattia

o infortunio. Periodi d'attesa superiori valgono soltanto una volta l'anno.

Sono considerati giorni d'attesa quei giorni in cui sussisteva un'incapacità lavorativa di almeno il 25%.

L'assicuratore corrisponde l'indennità giornaliera in base alla decorrenza delle prestazioni prescelta, dopo il subentrare del diritto alle prestazioni, per quei giorni d'incapacità lavorativa effettivamente attestati dal medico.

Al raggiungimento dell'età pensionistica AVS periodi d'attesa convenuti in 60 o più giorni vengono ridotti a 30.

7.7. Adeguamento dell'assicurazione

7.7.1. Adeguamento al rincaro

La persona assicurata può esigere l'adeguamento al rincaro annuo secondo l'indice dei prezzi al consumo. ÖKK concede tale adeguamento senza rivalutazione del rischio, a condizione che negli ultimi due anni precedenti non vi siano state incapacità lavorative, ne siano state corrisposte prestazioni. L'adeguamento può concernere gli ultimi due anni di calendario precedenti.

Alle condizioni di un aumento del grado di copertura, la persona assicurata può inoltre in ogni momento richiedere l'adeguamento della propria assicurazione alla reale evoluzione dei salari.

7.7.2. Persone disoccupate

Indipendentemente dal loro stato di salute e adeguandone i rispettivi premi, persone disoccupate possono tramutare la loro assicurazione in una variante con periodo d'attesa di 30 giorni. All'inizio del periodo di disoccupazione l'importo d'indennità giornaliera viene adeguato.

8. Prestazioni

8.1. Premessa per l'ottenimento di prestazioni

8.1.1. Incapacità lavorativa

Un'incapacità lavorativa sussiste allorché la persona assicurata risulti impossibilitata, in modo parziale o totale, nello svolgimento della propria attività professionale abituale oppure nell'esecuzione di altre mansioni lavorative da essa ragionevolmente esigibili.

Un'incapacità lavorativa parziale sussiste con un grado d'incapacità lavorativa di almeno il 25%.

8.1.2. Attestati medici

Le prestazioni d'indennità giornaliera presuppongono che l'incapacità lavorativa della persona assicurata sia comprovata da un'attestazione medica.

ÖKK può designare il medico.

8.2. Estensione delle prestazioni

8.2.1. In generale

Le prestazioni si commisurano in base all'estensione assicurativa convenuta nonché secondo le presenti condizioni assicurative.

8.2.2. Lavoratori autonomi e persone senza attività lucrativa

Per lavoratori autonomi e per persone senza attività lucrativa l'assicuratore corrisponde l'ammontare d'indennità giornaliera convenuto.

8.2.3. Lavoratori dipendenti

Per lavoratori dipendenti l'ammontare delle prestazioni d'indennità giornaliera corrisposte non può oltrepassare l'effettiva perdita di guadagno subita dalla persona assicurata.

8.2.4. Incapacità lavorativa parziale

In caso d'incapacità lavorativa parziale di almeno il 25%, l'indennità giornaliera viene proporzionalmente ridotta.

Con un grado d'incapacità lavorativa dal 25% al 50%, persone disoccupate percepiscono la metà dell'indennità giornaliera e con un grado d'invalidità al lavoro superiore al 50% la piena indennità giornaliera.

8.2.5. Infortunio

Qualora sia assicurato pure il rischio infortunistico, in caso d'infortunio le prestazioni sono corrisposte in ugual misura come in caso di malattia.

8.2.6. Parto

Le indennità giornaliere per il parto vengono corrisposte, se prima del parto è esistita senza interruzioni, una copertura assicurativa equivalente durante almeno 270 giorni (periodo di carenza maternità) presso ÖKK o un'altro assicuratore.

Le persone assicurate che cessano la loro attività lucrativa prima delle 8 settimane precedenti il parto o che non percepiscono indennità di maternità dall'assicurazione federale contro la perdita di guadagno (LIPG), sono considerate senza attività lucrativa.

In caso di parto, ÖKK COMPENSA corrisponde, a integrazione dell'indennità di maternità secondo LIPG, la differenza per raggiungere l'importo del reddito effettivo, al massimo tuttavia la somma d'indennità giornaliera concordata.

8.3. Durata prestazioni

8.3.1. Principio

Per malattia e infortunio assieme, l'indennità giornaliera assicurata viene versata complessivamente durante un massimo di 730, risp. 365 giorni. La durata delle prestazioni è ritenuta nella polizza d'assicurazione e calcolata per singolo caso assicurativo.

Malattie o conseguenze d'infortuni si considerano nuovo caso assicurativo, allorquando dall'ultimo ottenimento di prestazioni, la persona assicurata è stata ininterrottamente abile al lavoro per 12 mesi.

Il termine d'attesa contrattuale viene dedotto dalla durata massima delle prestazioni. Nel conteggio della durata prestazioni, le giornate d'incapacità lavorativa parziale vengono calcolate come giornate intere.

8.3.2. Parto

Il diritto alle prestazioni inizia il giorno del parto.

Se prima del parto era assicurata un'indennità giornaliera dello stesso ammontare durante almeno tre anni assicurativi completi, la durata massima delle prestazioni viene prolungata fino a 16 settimane, vale a dire di 2 ulteriori settimane in aggiunta all'indennità di maternità secondo LIPG, nell'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata per il parto. In caso di durata inferiore dell'assicurazione, la durata delle prestazioni ammonta a 8 settimane.

Per il parto vale lo stesso termine d'attesa come per la malattia. Il termine d'attesa per il parto viene dedotto dalla durata delle prestazioni indipendentemente da un termine d'attesa già calcolato per malattia o infortunio. Se a seguito di complicazioni durante la gravidanza, il termine d'attesa è già stato dedotto una volta dalla durata delle prestazioni, si rinuncia ad una nuova deduzione.

Le indennità giornaliere per il parto vengono dedotte dalla durata massima delle prestazioni di un caso assicurativo.

8.3.3. Età pensionistica AVS

In caso di protrazione assicurativa in età AVS, si ha diritto ad un'indennità giornaliera di 90 giorni; per coloro che passano alla

copertura individuale dall'assicurazione collettiva di ÖKK, i giorni sono 180. L'assicurazione non può tuttavia essere prorogata oltre il 70° anno di età.

8.3.4. Persone disoccupate

In base alle condizioni della Legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e sull'indennità d'insolvenza, persone disoccupate percepiscono l'indennità giornaliera assicurata al massimo fino all'esaurimento del diritto alle prestazioni di disoccupazione.

8.3.5. Passaggio dall'assicurazione collettiva

Persone assicurate, uscite dalla cerchia degli assicurati di un'assicurazione collettiva con copertura assicurativa scalare secondo le condizioni generali d'assicurazione dell'assicurazione contro la perdita di guadagno per aziende (LCA), possono beneficiare di una durata di prestazione massima di 365 giorni.

8.4. Limitazione delle prestazioni

8.4.1. Esclusione di prestazioni

Oltre alle esclusioni di prestazioni di cui alle condizioni comuni, l'estinzione del diritto alle prestazioni assicurative interviene, allorquando:

- a) la copertura per conseguenze d'infortuni o malattie professionali vada a carico di un altro assicuratore
- b) l'attestazione dell'incapacità lavorativa risulti attestata da un medico risp. chiropratico non riconosciuto dall'assicuratore
- c) la persona assicurata intenzionalmente abbia percepito o tenti di percepire illecitamente prestazioni
- d) il grado d'incapacità lavorativa della persona assicurata non superi il 25%
- e) lavoratori dipendenti usufruiscano di un congedo non retribuito
- f) il contratto assicurativo sia concluso.

8.4.2. Riduzione delle prestazioni

Oltre alle riduzioni delle prestazioni di cui alle condizioni comuni, le prestazioni possono venir decurtate, allorquando:

- a) la malattia o le conseguenze d'infortunio causino soltanto parzialmente incapacità lavorativa
- b) la persona assicurata violi ripetutamente e in modo grave le direttive dell'assicuratore oppure non si attenga alle prescrizioni del medico
- c) la persona assicurata si opponga ad un controllo medico fiduciario disposto dall'assicuratore
- d) la persona assicurata rifiuti l'esecuzione di un'attività lucrativa alternativa, da essa ragionevolmente esigibile.

8.4.3. Obbligo di risarcimento

Prestazioni percepite dalla persona assicurata per errore o in modo illecito vanno integralmente rimborsate all'assicuratore.

9. Obblighi di cooperazione in caso di malattia o infortunio

9.1. Obbligo di notifica

Per ogni caso d'incapacità lavorativa che giustifichi un diritto all'ottenimento di prestazioni d'indennità giornaliera, la persona assicurata è tenuta ad informare l'assicuratore entro cinque giorni dal subentrare dell'evento assicurato, indicando nel contempo se

si tratta di malattia o infortunio. Nel caso in cui il periodo d'attesa convenuto sia superiore ai 21 giorni, la notifica deve avvenire al più tardi una settimana prima del subentrare di un'eventuale richiesta di prestazioni.

L'attestazione rilasciata dal medico o dal chiropratico va consegnata all'assicuratore al più tardi dieci giorni dopo il subentrare dell'incapacità lavorativa, o, in caso di periodo d'attesa superiore ai 21 giorni, contemporaneamente all'annuncio d'incapacità lavorativa.

In caso di omissione della consegna, senza giustificazione plausibile, l'assicuratore corrisponderà prestazioni soltanto a partire dal momento in cui la notifica gli sarà pervenuta. Datazioni retroattive di attestati medici, annunci di malattia o d'infortunio sono ammissibili unicamente fino a tre giorni.

Lavoratori dipendenti hanno l'obbligo di comprova della perdita di guadagno non coperta.

Una riduzione del grado d'incapacità lavorativa va immediatamente comunicata all'assicuratore.

9.2. Obbligo d'informazione

In caso d'infortunio, la persona assicurata rilascerà tutte le indispensabili informazioni del caso in merito alla dinamica dell'infortunio nonché alle terze persone coinvolte.

In caso di soventi e ripetute assenze brevi entro periodi di tempo circoscritti, l'assicuratore sarà autorizzato ad esigere di volta in volta dalla persona assicurata una visita medica già dal primo giorno d'incapacità lavorativa.

L'assicuratore è autorizzato ad accertare l'incapacità lavorativa nonché la perdita di guadagno scoperta in ogni singolo caso e, se del caso, ad adottare appropriate misure di sorveglianza.

Per il resto trovano applicazione gli obblighi d'informazione secondo le condizioni comuni.

10. Premi e pagamenti

10.1. Ammontare dei premi

L'ammontare dei premi è determinato in base ai rischi assunti, quali ad esempio età, luogo di residenza, prestazioni elargite oppure settore professionale della persona assicurata. Persone trapassate dall'assicurazione collettiva contro la perdita di guadagno per aziende a quella individuale formano una categoria di rischio a se stante.

Determinazione dei premi, pagamento dei premi, mora nel pagamento nonché adeguamenti dei premi vengono inoltre attuati in base alle condizioni generali.

10.2. Ribasso per assenza di prestazioni (RAP)

10.2.1. Principio

In caso di assenza di prestazioni è concesso un ribasso.

10.2.2. Periodo d'osservazione

Quale periodo d'osservazione è considerato un arco di tempo compreso tra il 1. settembre risp. la data di decorrenza assicurativa fino al 31 agosto dell'anno successivo. Determinante per il rilevamento delle prestazioni all'interno del periodo d'osservazione è la data di elaborazione dell'indennità giornaliera.

10.2.3. Gradi di ribasso

Vengono proposti i seguenti gradi di ribasso risp. premi:

Grado di ribasso	Premio
0	100%
1	64%

La determinazione dei gradi di ribasso può essere adeguata all'evoluzione dei costi.

10.2.4. Adeguamento di grado in caso di beneficio di prestazioni

Se durante il periodo d'osservazione la persona assicurata usufruisce di prestazioni, l'adeguamento del grado di ribasso avviene il 1. gennaio dell'anno successivo, sempre che la persona assicurata non si trovi già in questo grado di ribasso.

10.2.5. Adeguamento di grado in caso di assenza di prestazioni

Se durante tre consecutivi periodi d'osservazione all'interno del grado di ribasso 0 la persona assicurata non usufruisce di prestazioni, il 1. gennaio del quarto anno essa ottiene il grado di ribasso 1.

10.2.6. Modifica del grado di copertura assicurativa

In caso di modifica del grado di copertura all'interno dell'assicurazione ÖKK COMPENSA, il grado di ribasso raggiunto viene mantenuto.

10.3. Pagamento delle prestazioni

10.3.1. Versamento delle indennità giornaliera

L'indennità giornaliera viene versata sulla base del certificato medico, dopo il riacquisto della capacità lavorativa. Se la durata dell'incapacità lavorativa supera il mese, l'indennità giornaliera viene di regola versata una volta al mese.

10.3.2. Indennità giornaliera per il parto

Tanto alle lavoratrici dipendenti che a quelle che operano in proprio, le indennità giornaliera per il parto vengono versate solo nel momento in cui l'assicuratore è in possesso del conteggio dell'indennità di maternità secondo LIPG.

11. Prestazioni di terzi

11.1. Lavoratori dipendenti e persone senza attività lucrativa

Per il calcolo della durata di prestazione nonché del periodo d'attesa, giornate con prestazioni parziali dovute a riduzioni originate da un ottenimento di prestazione da terzi, sono calcolate per intero.

Per il resto trovano applicazione le regolamentazioni contenute nelle condizioni comuni.

11.2. Lavoratori autonomi

Per i lavoratori autonomi, l'ammontare delle prestazioni corrisponde alla somma dell'indennità giornaliera convenuta. La regolamentazione concernente la sovrassicurazione secondo le condizioni comuni non trova qui applicazione.

Non vengono per contro assunte prestazioni a carico di assicurazioni sociali (AMal, AINF, AI, AM, AVS, AD, IPG, LPP, ecc.).

Il diritto di prestazioni va rivendicato presso la rispettiva assicurazione sociale.

La persona assicurata è tenuta a cedere all'assicuratore eventuali diritti su pagamenti suppletivi delle assicurazioni sociali, nella misura in cui questi ha corrisposto delle prestazioni anticipate.