

ÖKK CAPITALE RISCHIO INFORTUNIO

Sicurezza in caso di decesso o invalidità in seguito a infortunio

BASTA LACUNE ASSICURATIVE

Chi diventa invalido a causa di un infortunio spesso deve accontentarsi della rendita minima prevista dalla legge. Il decesso causato da infortunio può mettere i parenti superstiti in serie difficoltà. ÖKK CAPITALE RISCHIO INFORTUNIO aiuta a minimizzare tali rischi.

PREMI MENSILI DAL 1° GENNAIO 2011:

Classe	Somma assicurata in CHF			Premi mensili in CHF				
	Decesso	Invalidità	Invalidità totale progressione 350%	Bambini * 0-3 anni	Bambini 4-15 anni	Ragazzi 16-20 anni	Uomini 21-65 anni	Donne 21-65 anni
209/09	10'000.-	100'000.-	350'000.-	2.40	2.50	5.80	8.50	7.10
210/10	10'000.-	150'000.-	525'000.-	3.50	3.60	8.40	12.30	10.30
211/11	10'000.-	200'000.-	700'000.-	4.60	4.80	11.10	16.10	13.50
230/30	10'000.-	300'000.-	1'050'000.-	6.90	7.00	16.30	23.80	19.90
214/14	20'000.-	100'000.-	350'000.-	2.40	2.70	6.30	9.20	7.70
231/31	20'000.-	150'000.-	525'000.-	3.50	3.90	9.00	13.10	11.00
215/15	20'000.-	200'000.-	700'000.-	4.60	5.00	11.60	16.90	14.20
216/16	20'000.-	300'000.-	1'050'000.-	6.90	7.20	16.80	24.60	20.60
20	50'000.-	100'000.-	350'000.-	-	-	7.90	11.50	9.70
21	50'000.-	150'000.-	525'000.-	-	-	10.50	15.40	12.90
22	50'000.-	200'000.-	700'000.-	-	-	13.20	19.20	16.10
32	50'000.-	300'000.-	1'050'000.-	-	-	18.40	26.90	22.50
24	100'000.-	200'000.-	700'000.-	-	-	15.80	23.00	19.30
25	100'000.-	300'000.-	1'050'000.-	-	-	21.00	30.70	25.70
26	150'000.-	300'000.-	1'050'000.-	-	-	23.70	34.50	28.90
33	200'000.-	300'000.-	1'050'000.-	-	-	26.30	38.40	32.10
34	300'000.-	300'000.-	1'050'000.-	-	-	31.50	46.00	38.50

ÖKK CAPITALE RISCHIO INFORTUNIO è gratis a partire dal 3° figlio, purché tutti i figli siano assicurati con ÖKK per somme equivalenti. Il capitale di invalidità pagato dipende dal grado di invalidità e dalla somma assicurata prescelta. Con un grado di invalidità del 50 % riceve già la somma assicurata semplice (colonna «Invalidità»). La somma aumenta progressivamente fino al 350% in caso di invalidità totale (colonna «Invalidità totale - progressione 350%»). L'assicurazione può essere stipulata fino al compimento del 65° anno di età.

* La somma per il caso decesso nei primi 2 ½ anni di età per legge ammonta a 2'500 franchi al massimo.

DOMANDA DI ASSICURAZIONE PER ÖKK CAPITALE RISCHIO INFORTUNI

1. Dati personali e copertura assicurativa

Cognome e nome:	Data di nascita:	Sesso:	Variante assicurativa prescelta:	Premio mensile:
-----	-----	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	-----	-----

Via, n.: ----- NPA/Località: -----

Telefono: ----- Professione: -----

Cliente, rappresentante legale (cognome e nome, data di nascita): -----

2. Inizio dell'assicurazione

Voglio essere ammesso/a nell'assicurazione complementare ÖKK CAPITALE RISCHIO INFORTUNIO alla data del -----

3. Operazioni di pagamento (compilare solo se ÖKK non è ancora in possesso di questi dati)

Conto per: Rimborso Pagamento premi (LSV) Partecipazione ai costi

IBAN n.: ----- Conto postale Conto bancario: -----

Titolare del conto (cognome, nome, NPA, località): -----

Tipo di pagamento: mensile bimestrale trimestrale semestrale annuale
 Pagamento del premio tramite datore di lavoro (assicurati collettivamente)

4. Condizioni di salute

Dichiaro di rispondere in modo completo e veritiero a tutte le domande. Prendo atto che informazioni false o incomplete possono avere come conseguenza la disdetta del contratto e il rifiuto della prestazione ovvero la richiesta di restituzione.

1. Ha subito **infortuni** per i quali si sono rese necessarie cure mediche o terapeutiche? No Sì
Quali infortuni: -----
Date infortuni: -----

Diagnosi: -----

Curato da: -----

Infortunio chiuso il: -----

2. Ha riportato postumi di un **infortunio**? No Sì
Diagnosi: -----
Curato da: -----

Data primo trattamento: -----

3. Quali tipi di sport pratica? Nessuno
 Sport del tempo libero
Quali? -----

Sport a livello naz./internaz.
Quale tipo di sport? -----

A quale livello (lega, selezione)? -----

5. Dichiarazione di adesione

Richiedo per me ovvero per la persona da me rappresentata la suddetta assicurazione con ÖKK. Dichiaro con la mia firma:

- di avere risposto in modo completo e veritiero alle precedenti domande;
- di avere preso atto dell'identità dell'assicuratore e del contenuto essenziale del contratto di assicurazione (rischi assicurati, ambito della copertura assicurativa, premi e miei ulteriori obblighi, durata minima del contratto e termini di preavviso per la disdetta);
- di accettare le condizioni generali di assicurazione (CGA).

Autorizzo ÖKK e gli altri enti dell'assicurazione da me richiesta secondo la Legge sul contratto di assicurazione (LCA) a chiedere a medici, dentisti, terapisti, ospedali, altro personale medico nonché ad assicurazioni malattie e altre società di assicurazione le informazioni (in particolare sullo stato di salute) necessarie per la stipula dell'assicurazione secondo LCA, a tale scopo esonerandoli dal segreto professionale. ÖKK si impegna a trattare con riservatezza le informazioni ricevute. Autorizzo inoltre tutti gli enti delle assicurazioni da me richieste a prendere visione del mio fascicolo dell'assicurazione malattie presso ÖKK.

Luogo e data: -----

Firma: -----
(Cliente, rappresentante legale)