Condizioni generali di assicurazione (CGA)

Linea di prodotti ÖKK LIVE

Edizione 2023

ÖKK

Condizioni generali di assicurazione
Linea di prodotti ÖKK LIVE
Edizione 2023

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)

Disposizioni comuni Pagina 9
ÖKK START Pagina 18
ÖKK OSPEDALE Pagina 22
ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA Pagina 26
ÖKK NATURA Pagina 29
ÖKK PREVENZIONE Pagina 32
ÖKK SMILE Pagina 34
ÖKK GENITORI Pagina 36
ÖKK TOURIST Pagina 39
ÖKK PROTECT Pagina 50
ÖKK CAPITALE DI RISCHIO IN CASO DI DECESSO O INVALIDITÀ IN SEGUITO A INFORTUNIO Pagina 53
ÖKK CAPITALE DI RISCHIO IN CASO DI DECESSO O INVALIDITÀ IN SEGUITO A MALATTIA Pagina 58
ÖKK COMPENSA Pagina 64

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

Il presente testo è una traduzione. In caso di divergenze rispetto alla lingua originale in versione tedesca, è quest'ultima a far fede.

Le condizioni di assicurazione in vigore sono disponibili alla pagina web www.oekk.ch/cga o presso la sua agenzia ÖKK.

ÖKK BASE

ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, edizione 1.1.2023

INDICE

1.	**Fondamenti assicurativi**	**3**
1.1	Assicuratore	3
1.2	Basi legali	3
1.3	Scopo	3
2.	**Assicurazione**	**3**
2.1	Persone assicurate	3
2.2	Procedura di ammissione	3
2.3	Durata dell'assicurazione	3
2.4	Trasferimento del domicilio	3
2.5	Copertura contro gli infortuni	3
2.6	Cambiamento di forme assicurative	3
2.7	Fine dell'assicurazione	3
3.	**Prestazioni**	**3**
3.1	Condizioni generali per le prestazioni	3
3.2	Trattamento ambulatoriale	4
3.3	Trattamento stazionario	5
3.4	Prestazioni di cura	5
3.5	Cure balneari	5
3.6	Spese di trasporto e di salvataggio	5
3.7	Cure odontoiatriche	5
3.8	Maternità	5
3.9	Limitazioni delle prestazioni	5
3.10	Prestazioni di terzi, sovraindennizzo	5
4.	**ÖKK BASE CASAMED**	**5**
4.1	Scopo	5
4.2	Principio	5
4.3	Eccezioni	6
5.	**ÖKK BASE ECOPIANO**	**6**
5.1	Scopo	6
5.2	Principio	6
5.3	Eccezioni	6
6.	**Partecipazione ai costi**	**6**
6.1	Partecipazione ai costi ordinaria	6
6.2	Franchigia opzionale	6
7.	**Premi**	**7**
7.1	Determinazione dei premi	7
7.2	Riduzioni dei premi	7
7.3	Riduzione dei premi	7
7.4	Esenzione dai premi durante il servizio militare o civile	7
7.5	Pagamento dei premi	7
8.	**Contratto amministrativo**	**7**
8.1	Aspetti generali	7
8.2	Condizioni divergenti	7
9.	**Amministrazione della giustizia**	**7**
9.1	Decisione	7
9.2	Opposizione	7
9.3	Tribunale cantonale delle assicurazioni	7
9.4	Passaggio in giudicato	7
9.5	Protezione giuridica	7
10.	**Disposizioni finali**	**8**
10.1	Modifiche	8
10.2	Entrata in vigore	8

1. Fondamenti assicurativi

1.1 Assicuratore

L'assicuratore è ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, Landquart. L'assicuratore è riportato sulla polizza.

1.2 Basi legali

Le presenti Condizioni generali di assicurazione hanno la precedenza sulla Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e sulla Legge federale sulla parte generale delle assicurazioni sociali (LPGA).

1.3 Scopo

ÖKK ÖKK BASE è l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal.

Essa fornisce prestazioni in caso di malattia, infortunio e maternità.

2. Assicurazione

2.1 Persone assicurate

Sono assicurate nello specifico le persone residenti nell'area di attività dell'assicuratore. La cerchia degli assicurati è disciplinata dall'art. 3 LAMal.

2.2 Procedura di ammissione

2.2.1 Presentazione della domanda

La domanda viene presentata tramite modulo prestampato. Alle domande stampate sul modulo occorre rispondere in modo completo e veritiero.

2.2.2 Polizza assicurativa e CGA

Dopo l'ammissione, la persona assicurata riceve una polizza assicurativa e le presenti CGA.

2.3 Durata dell'assicurazione

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

2.4 Trasferimento del domicilio

2.4.1 Aspetti generali

Eventuali cambiamenti d'indirizzo e trasferimenti del domicilio devono essere notificati all'assicuratore entro 30 giorni. È considerato cambiamento di domicilio il trasferimento 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, su richiesta fino a sei anni. 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 al servizio di una collettività pubblica attive all'estero hanno un obbligo assicurativo illimitato. La stessa estensione di copertura può essere mantenuta per i famigliari.

In caso di trasferimento deve essere indicato un indirizzo di contatto in Svizzera.

In caso di trattamenti in uno Stato membro dell'UE, ÖKK ÖKK BASE copre i costi in base alle tariffe delle assicurazioni sociali e alle regole di partecipazione ai costi vigenti nello Stato in questione.

Nel resto del mondo, in caso di emergenza ÖKK BASE si assume al massimo il doppio dell'importo delle tariffe valide presso l'ultimo domicilio svizzero.

2.5 Copertura contro gli infortuni

2.5.1 Sospensione della copertura contro gli infortuni

Le persone assicurate obbligatoriamente contro gli infortuni professionali e non professionali possono chiedere la sospensione della copertura contro gli infortuni. Il premio adeguato entra in vigore dall'inizio del mese successivo alla richiesta.

2.5.2 Uscita dall'assicurazione contro gli infortuni

Se la persona assicurata esce dall'assicurazione contro gli infortuni ai sensi della LAINF deve comunicarlo all'assicuratore entro un mese.

2.6 Cambiamento di forme assicurative

Il cambiamento della franchigia avviene all'inizio dell'anno civile. In caso di passaggio a una franchigia inferiore il termine di preavviso è di tre mesi per la fine dell'anno civile.

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

2.7 Fine dell'assicurazione

2.7.1 Aspetti generali

L'assicurazione termina in caso di

- disdetta;
- trasferimento all'estero, a eccezione della continuazione dell'obbligo assicurativo;
- decesso.

2.7.2 Disdetta

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

In occasione della comunicazione dei nuovi premi, la persona assicurata può disdire il rapporto assicurativo 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 della ricezione della disdetta presso l'assicuratore (e non la data del timbro postale).

Il rapporto assicurativo termina solo nel momento in cui il nuovo assicuratore ha comunicato la continuazione senza interruzione della copertura assicurativa a favore della persona assicurata.

2.7.3 Conseguenze della fine dell'assicurazione

Dopo la fine dell'assicurazione, nei confronti dell'assicuratore non sussistono pretese legali di alcun tipo, fatte salve le prestazioni assicurative ancora pendenti.

La persona assicurata deve adempiere agli obblighi finanziari verso l'assicuratore.

3. Prestazioni

3.1 Condizioni generali per le prestazioni

3.1.1 Diritto alle prestazioni

Il diritto alle prestazioni permane per la durata dell'assicurazione.

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

ÖKK BASE si assume i costi per diagnosi e trattamento di malattie, infortuni, infermità congenite e maternità.

Le prestazioni comprendono nello specifico:

- controlli medici e chiropratici, trattamenti e misure terapeutiche;
- farmaci, analisi e mezzi ausiliari prescritti dal medico;
- misure preventive mediche o prescritte dal medico;
- degenza ospedaliera che corrisponde allo standard del reparto comune;
- provvedimenti medici di riabilitazione;

– misure terapeutiche in una casa di cura;
– prestazioni di cura esterne all'ospedale;
– cure balneari prescritte dal medico;
– spese di salvataggio e spese per trasporti necessari dal punto di vista medico;
– cure odontoiatriche e
– prestazioni in caso di maternità.

3.1.3 Prestazioni all'estero
Per trattamenti necessari dal punto di vista medico in uno Stato membro dell'UE/AELS, ÖKK BASE copre i costi in base alle tariffe delle assicurazioni sociali e alle regole di partecipazione ai costi vigenti nello Stato in questione. Nel resto del mondo, in caso di emergenza ÖKK BASE si assume fino al doppio dell'importo delle tariffe valide al domicilio svizzero.

Non vengono erogate prestazioni all'estero se il trattamento è lo scopo del soggiorno all'estero; fatto salvo l'art. 34 cpv. 2 LAMal.

In virtù delle disposizioni dell'Accordo sulla libera circolazione delle persone, le persone assoggettate all'obbligo assicurativo residenti in uno Stato membro dell'UE possono farsi curare nel loro Paese di residenza.

3.1.4 Condizione per le prestazioni
ÖKK BASE si assume i costi per prestazioni efficaci, appropriate ed economiche. Vengono considerate economiche le prestazioni commisurate all'interesse della persona assicurata e necessarie all'obiettivo terapeutico.

L'assicuratore rimborsa prestazioni di fornitori riconosciuti ai sensi della LAMal.

3.1.5 Fatturazione, rimborso
La persona assicurata deve al fornitore di prestazioni le prestazioni fatturate qualora tra l'assicuratore e il fornitore di prestazioni non avvenga un conteggio diretto.

Se la persona assicurata richiede un rimborso all'assicuratore, deve farlo inoltrando fatture e prescrizioni mediche. Dopo la verifica del diritto a prestazioni l'assicuratore rimborsa alla persona assicurata l'importo della fattura con deduzione della partecipazione ai costi.

Prima del pagamento la persona assicurata può sottoporre le fatture all'assicuratore per una verifica.

3.1.6 Obbligo di contenimento danni e obbligo di collaborare
La persona assicurata deve adoperarsi in ogni modo per favorire la propria guarigione ed evitare ciò che la possa ostacolare. Sono in particolar modo da rispettare tutte le prescrizioni rilasciate dal personale medico.

Se sono necessari e ragionevolmente esigibili esami medici o specialistici per la valutazione del caso, la persona assicurata deve sottoporvisi.

La persona assicurata fornisce gratuitamente all'assicuratore tutte le informazioni necessarie per accertare i suoi diritti e per stabilire le prestazioni assicurative. In particolar modo, la persona assicurata è tenuta a informare in merito a qualsiasi prestazione di terzi in relazione a malattia, infortunio e invalidità.

Nel singolo caso la persona assicurata è tenuta ad autorizzare tutte le persone e gli uffici, segnatamente datori di lavoro, medici, assicurazioni e autorità, a rilasciare le informazioni necessarie per l'accertamento del diritto a prestazioni, se le persone o gli uffici in questione non sono già tenuti per legge a rilasciare informazioni.

Su richiesta, la persona assicurata deve lasciarsi visitare da un secondo medico o dal medico di fiducia dell'assicuratore. Le spese sono a carico dell'assicuratore.

La persona assicurata deve notificare un infortunio all'assicuratore entro dieci giorni. Essa mette a disposizione dell'assicuratore tutte le informazioni necessarie.

Se, in modo ingiustificato, la persona assicurata non ottempera al proprio obbligo d'informare o di collaborare, l'assicuratore può decidere in merito al diritto a prestazioni in base agli atti oppure non entrare nel merito della richiesta di prestazioni.

3.2 Trattamento ambulatoriale

3.2.1 Durata delle prestazioni
In caso di trattamento 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:
– medici;
– farmacisti;
– chiropratici;
– ostetriche;
– laboratori;
– centri di consegna di mezzi e apparecchi;
– fisioterapisti;
– ergoterapisti;
– infermieri;
– logopedisti.

3.2.3 Entità delle prestazioni
ÖKK BASE eroga prestazioni in caso di trattamento ambulatoriale in Svizzera.

3.2.4 Scelta del fornitore di prestazioni
La persona assicurata può scegliere tra i fornitori di prestazioni autorizzati al trattamento ai sensi della LAMal.

Le prestazioni vengono calcolate in base ai contratti e alle tariffe concordati tra i fornitori di prestazioni e l'assicuratore.

3.2.5 Farmaci
ÖKK BASE assume le spese per i farmaci prescritti dal medico secondo l'elenco dei medicamenti con tariffa (EMT) e l'elenco delle specialità (ES) del Dipartimento federale dell'interno (DFI).

3.2.6 Analisi
ÖKK BASE assume le spese per le analisi prescritte dal medico per diagnosi o controllo terapeutico, a condizione che siano previste nell'elenco delle analisi (EA) 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 in virtù dell'OPre, nello specifico per vaccinazioni per bambini ed esami ginecologici preventivi.

3.3 Trattamento stazionario

3.3.1 Ospedale

ÖKK BASE assume le spese per trattamenti stazionari acuti e riabilitazione medica conformemente agli standard del reparto comune di un ospedale.

La persona assicurata può scegliere un ospedale in Svizzera che sia riportato in un elenco ospedaliero cantonale (ospedale dell'elenco).

ÖKK BASE assume le spese fino all'ammontare della tariffa valida in un ospedale dell'elenco del cantone di residenza.

ÖKK BASE assume le spese in caso di trattamenti necessari dal punto di vista medico e di emergenza fino all'ammontare della tariffa valida nell'ospedale dell'elenco del cantone di ubicazione.

ÖKK BASE assume le spese in caso di trattamento nel reparto semiprivato o privato di un ospedale dell'elenco fino all'ammontare della tariffa valida nel reparto comune di un ospedale dell'elenco nel cantone di residenza.

3.3.2 Garanzia di assunzione dei costi, fatturazione

In presenza di una diagnosi di ammissione, l'assicuratore accorda alla persona assicurata una garanzia di assunzione dei costi nell'ambito del suo diritto a prestazioni.

3.4 Prestazioni di cura

ÖKK BASE assume le spese per prestazioni di cura ambulatoriali prescritte dal medico e 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 balneari

ÖKK BASE contribuisce con CHF 10 al giorno fino a 21 giorni per anno civile alle spese di cure balneari prescritte dal medico.

La persona assicurata può scegliere tra gli stabilimenti termali svizzeri riconosciuti con direzione medica.

ÖKK BASE versa il contributo anche se la persona assicurata non è ricoverata nello stabilimento termale.

La prescrizione medica con la diagnosi deve essere inviata all'assicuratore due settimane prima dell'inizio della cura.

In caso di interruzione della cura, ÖKK BASE assume le spese parziali solo se l'interruzione è dovuta a malattia o ad altri motivi imperativi e dietro esibizione del relativo certificato del medico dello stabilimento termale.

3.6 Spese di trasporto e di salvataggio

ÖKK BASE copre il 50% fino a un massimo di CHF 500 per anno civile delle spese per trasporti necessari dal punto di vista medico.

ÖKK BASE copre il 50% fino a un massimo di CHF 5'000 per anno civile delle spese di salvataggio in Svizzera.

3.7 Cure odontoiatriche

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

ÖKK BASE 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 siano disponibili diagnosi, piano terapeutico e preventivo di spesa.

3.8 Maternità

3.8.1 Entità delle prestazioni

ÖKK BASE assume le spese per le visite di controllo necessarie dal punto di vista medico eseguite da medici od ostetriche o prescritte dal medico durante la gravidanza ed entro dieci settimane dal parto. In assenza di particolari indicazioni mediche vengono assunte le spese per al massimo sette visite durante la gravidanza nonché un controllo dopo il parto.

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

3.8.2 Spese di cura del figlio

La copertura ÖKK BASE della madre assume le spese di cura del figlio fino al termine della degenza ospedaliera assieme alla madre a condizione che il bambino venga assicurato presso l'assicuratore.

3.8.3 Preparazione al parto e consulenza per l'allattamento

ÖKK BASE versa fino a CHF 150 per un corso di preparazione al parto e rimborsa le spese pari al massimo a tre consulenze per l'allattamento.

3.9 Limitazioni delle prestazioni

3.9.1 Riduzione e sospensione delle prestazioni

Non vi è un diritto a prestazioni quando i trattamenti di malattie o conseguenze di infortuni sono a carico di un'altra assicurazione o di terzi.

Le prestazioni possono essere ridotte temporaneamente o durevolmente o, in casi particolarmente gravi, rifiutate se la persona assicurata non si sottopone o si oppone a un trattamento ragionevolmente esigibile oppure se non partecipa di propria iniziativa con un contributo ragionevole. La persona assicurata va informata mediante previo sollecito scritto che le prestazioni saranno ridotte o rifiutate.

3.9.2 Fatturazione maggiorata e trattamento non economico

In caso di fatturazione maggiorata o di trattamento non economico l'assicuratore può rifiutare o ridurre il rimborso o far dipendere il proprio pagamento dalla cessione del credito della riduzione. L'assicuratore o la persona assicurata possono richiedere il rimborso delle prestazioni al fornitore di prestazioni.

3.9.3 Obbligo di restituzione

L'assicuratore può richiedere il rimborso delle prestazioni fornite per errore o indebitamente.

3.10 Prestazioni di terzi, sovraindennizzo

3.10.1 Prestazioni di terzi

Se un terzo risponde di una malattia o di un infortunio per legge, contratto o colpa, le pretese della persona assicurata nei confronti del terzo passano all'assicuratore nella misura delle prestazioni fornite. In caso di più responsabili, essi garantiscono in maniera solidale per i diritti di rivalsa dell'assicuratore.

Se l'obbligo di prestazione spetta ad altre assicurazioni sociali, l'assicuratore ha l'obbligo di anticipare le prestazioni.

3.10.2 Sovraindennizzo

Le prestazioni erogate da assicurazioni sociali e da altri fornitori di prestazioni non possono superare l'ammontare dei costi del caso risultati alla persona assicurata.

In caso di sovraindennizzo, l'assicuratore 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 di prestazioni è limitata.

4.2 Principio

D'accordo con l'assicuratore, la persona assicurata può limitare il suo diritto di scelta del fornitore di prestazioni.

A questo scopo, all'interno di ÖKK BASE CASAMED sono a sua disposizione diversi modelli assicurativi.

In questi modelli di assicurazione l'assicuratore può limitare la scelta di medici, terapeuti e altri fornitori di prestazioni come strutture ospedaliere, farmacie e negozi di articoli sanitari.

ÖKK BASE CASAMED copre le prestazioni obbligatorie previste per legge se esse sono vengono fornite o prescritte da un fornitore di prestazioni ammesso nel modello di assicurazione scelto (a seconda del modello di assicurazione scelto: medico di famiglia, medico HMO, servizio di telemedicina, farmacia, ospedale, ecc.).

I fornitori di prestazioni ammessi possono reindirizzare la persona assicurata. I reindirizzamenti effettuati dai fornitori di prestazioni ai quali il medico che ha effettuato la prima cura ha indirizzato la persona assicurata devono essere autorizzati dallo stesso medico. In assenza di indirizzamento del medico la prestazione può essere ridotta.

Se la prestazione viene fornita da un fornitore di prestazioni che non figura tra quelli messi a disposizione nel modello di assicurazione scelto, i costi sono a carico della persona assicurata.

In caso di ripetuta inosservanza delle condizioni, l'assicuratore può riassegnare la persona assicurata alla copertura ÖKK BASE.

In caso di soggiorno all'estero della durata di oltre sei mesi, l'assicuratore, dopo la ricezione di una comunicazione da parte della persona assicurata, può procedere a una riassegnazione in ÖKK BASE siccome il trattamento da parte dei fornitori di prestazione ammessi nel modello di assicurazione scelto non può essere garantito.

Nel modelli di assicurazione con fornitori di prestazioni scelti in modo fisso (medico di famiglia o centri HMO) è possibile cambiare il medico scelto. Gli eventuali cambiamenti devono essere notificati all'assicuratore. Il cambiamento avviene a partire dal 1° giorno del mese successivo. La documentazione necessaria al trattamento viene trasmessa al nuovo medico di famiglia o al nuovo centro HMO.

Per i trattamenti presso pediatri si applica un limite d'età di 18 anni.

4.3 Eccezioni

ÖKK BASE CASAMED assume le spese per i trattamenti di routine presso oculisti, ginecologi e pediatri senza previa consultazione del fornitore di prestazioni ammesso secondo il modello di assicurazione scelto. Se questi medici svolgono ulteriori trattamenti, la persona assicurata deve informare il proprio medico di famiglia o il proprio centro HMO (a seconda del modello scelto).

In caso di emergenza, ÖKK BASE CASAMED assume le spese delle prestazioni senza limitazioni nella scelta di medici e altri fornitori di prestazioni. La persona assicurata deve informare il proprio medico di famiglia o il proprio centro HMO in merito al caso di emergenza (a seconda del modello scelto) entro 20 giorni.

È fatta salva una verifica dell'indicazione medica da parte del medico di fiducia.

5. ÖKK BASE ECOPIANO

5.1 Scopo

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

5.2 Principio

L'assicuratore definisce le strutture ospedaliere cui è affidato il trattamento della persona assicurata.

ÖKK BASE ECOPIANO non copre alcuna spesa se la prestazione viene fornita da una struttura ospedaliera che non figura tra quelle messe a disposizione.

I costi sono a carico della persona assicurata.

In caso di ripetuta inosservanza delle condizioni, l'assicuratore può riassegnare la persona assicurata alla copertura ÖKK BASE.

In caso di soggiorno all'estero della durata di oltre sei mesi, l'assicuratore, dopo la ricezione di una comunicazione da parte della persona assicurata, può procedere a una riassegnazione in ÖKK BASE a partire dalla fine del mese in corso siccome il trattamento da parte dell'ospedale competente non può essere garantito.

5.3 Eccezioni

ÖKK BASE ECOPIANO assume le spese per trattamenti che non possono essere prestati in un ospedale ECOPIANO.

In caso di emergenza, ÖKK BASE ECOPIANO assume le spese delle prestazioni senza limitazioni nella scelta della struttura ospedaliera.

È fatta salva una verifica dell'indicazione medica da parte del medico di fiducia.

6. Partecipazione ai costi

6.1 Partecipazione ai costi ordinaria

6.1.1 Franchigia e partecipazione individuale

La persona assicurata partecipa con una franchigia e una partecipazione individuale ai costi delle prestazioni corrisposte.

Per gli adulti la franchigia standard ammonta a CHF 300 per anno civile; per i bambini essa decade.

La partecipazione individuale è pari al 10% delle prestazioni eccedenti la franchigia, per anno civile al massimo 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.

Per prestazioni medico-sanitarie dalla 13a settimana di gravidanza, durante il parto e fino a 8 settimane successive al parto non viene riscossa alcuna partecipazione ai costi. Per i dettagli si rimanda alla Legge federale sull'assicurazione malattie LAMal e all'Ordinanza sull'assicurazione malattie OAMal.

6.1.2 Partecipazione individuale per farmaci

La persona assicurata partecipa all'acquisto di un farmaco assumendosi di principio il 10% dei costi. Per i preparati originali, molto più costosi rispetto ai farmaci con la stessa composizione di principi attivi, vale una partecipazione individuale del 20%. I dettagli sono disciplinati nell'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie (OPre).

6.1.3 Contributo ospedaliero

La persona assicurata partecipa con un contributo di CHF 15 al giorno ai costi di un ricovero in una struttura ospedaliera.

Sono esonerati da tale contributo i bambini fino a 18 anni compiuti, i giovani fino a 25 anni compiuti se sono in formazione e le donne dalla 13a settimana di gravidanza, durante il parto e fino a 8 settimane successive al parto. Per i dettagli si rimanda alla Legge federale sull'assicurazione malattie LAMal e all'Ordinanza sull'assicurazione malattie OAMal.

6.2 Franchigia opzionale

Invece della franchigia ordinaria, la persona assicurata può optare per una franchigia dall'importo più elevato:

Adulti	CHF 500
	CHF 1'000
	CHF 1'500
	CHF 2'000
	CHF 2'500

Bambini	CHF	200
	CHF	400
	CHF	600

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. Premi

7.1 Determinazione dei premi

L'assicuratore determina i premi. Essi possono essere graduati a livello cantonale e regionale, a seconda delle differenze dei costi.

7.2 Riduzioni dei premi

I premi ridotti valgono per persone assicurate
- fino al compimento dei 18 anni;
- fino al compimento dei 25 anni;
- in caso di sospensione della copertura contro gli infortuni;
- con franchigia opzionale;
- con ÖKK BASE CASAMED e
- con ÖKK BASE ECOPIANO.

7.3 Riduzione dei premi

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

7.4 Esenzione dai premi durante il servizio militare o civile

Sono esonerate dal pagamento del premio le persone assicurate assoggettate all'assicurazione militare (AM) che prestano servizio per più di 60 giorni consecutivi.

7.5 Pagamento dei premi

7.5.1 Scadenza e periodo di pagamento

Il premio deve essere pagato in anticipo. Il periodo di pagamento più breve è il mese civile. Il premio deve essere versato senza interruzioni anche in caso di malattia, infortunio, incapacità lavorativa o di sospensione del diritto alle prestazioni.

7.5.2 Spese di pagamento

La persona assicurata ha diverse possibilità per pagare i suoi premi e le sue partecipazioni ai costi senza spese supplementari. L'assicuratore può addebitare alla persona assicurata un importo aggiuntivo, ad esempio le spese derivanti dai pagamenti effettuati allo sportello postale.

7.5.3 Ritardo nei pagamenti

Se la persona assicurata non paga premi o partecipazioni ai costi entro la scadenza, l'assicuratore, dopo almeno un sollecito scritto, le invia un'ingiunzione di pagamento. Nell'ingiunzione l'assicuratore assegna un termine supplementare di 30 giorni e indica alla persona assicurata le conseguenze della mora. Se, nonostante l'ingiunzione, la persona assicurata non paga i premi, le partecipazioni ai costi e gli interessi di mora entro il termine assegnato, l'assicuratore avvia l'esecuzione.

Le spese amministrative e di sollecito generate dai mancati pagamenti sono a carico della persona assicurata.

Finché la persona assicurata non salda i premi, le partecipazioni ai costi e gli interessi di mora in arretrato, non può cambiare assicuratore.

7.5.4 Costituzione in pegno e cessione

I crediti nei confronti dell'assicuratore non possono essere costituiti in pegno e sono cedibili unicamente nei casi previsti dalla LAMal.

8. Contratto amministrativo

8.1 Aspetti generali

L'assicuratore può sottoscrivere contratti amministrativi per determinati gruppi di persone.

8.2 Condizioni divergenti

Valgono di principio le stesse prestazioni e gli stessi premi come per altre persone assicurate.

Le condizioni di assicurazione possono divergere dalle presenti CGA. Le condizioni del contratto amministrativo hanno la precedenza sulle presenti CGA.

Le condizioni divergenti riguardano nello specifico:
- una procedura di ammissione semplificata;
- un'altra modalità di pagamento dei premi;
- i partner del contratto amministrativo come terzi paganti;
- la trasmissione dell'obbligo di informazione ai partner del contratto amministrativo;
- una procedura divergente nel disbrigo delle prestazioni e della partecipazione ai costi e
- una procedura semplificata per l'esclusione della copertura infortuni.

9. Amministrazione della giustizia

9.1 Decisione

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

9.2 Opposizione

Contro tale decisione è possibile presentare opposizione entro 30 giorni dalla ricezione. L'assicuratore esamina l'opposizione ed emana una decisione scritta e motivata con indicazione dei rimedi giuridici.

9.3 Tribunale cantonale delle assicurazioni

Contro decisioni su opposizione è possibile presentare ricorso al Tribunale cantonale delle assicurazioni entro 30 giorni dalla ricezione della decisione su opposizione.

È legittimato al ricorso chi è interessato dalla decisione impugnata o dalla decisione su opposizione e ha un interesse legittimo alla sua revoca o alla sua modifica.

È competente il Tribunale delle assicurazioni del cantone di residenza della persona assicurata o del terzo ricorrente. È possibile adire il Tribunale delle assicurazioni anche se l'assicuratore non emana una decisione o una decisione su opposizione entro il termine.

Se il domicilio della persona assicurata o del terzo ricorrente si trova all'estero, è competente il Tribunale delle assicurazioni del cantone dell'ultimo domicilio svizzero o della sede dell'ultimo datore di lavoro svizzero. Se non è possibile determinare nessuno dei luoghi in questione, la competenza è del Tribunale delle assicurazioni della sede dell'assicuratore.

9.4 Passaggio in giudicato

La decisione o la decisione su opposizione dell'assicuratore passa in giudicato una volta trascorso inutilizzato il termine di opposizione o di ricorso oppure con il passaggio in giudicato del rigetto del ricorso. Le decisioni cresciute in giudicato riguardanti pagamenti in denaro sono equiparate a decisioni giudiziarie esecutive ai sensi dell'art. 80 della legge sull'esecuzione e fallimenti (LEF).

9.5 Protezione giuridica

In caso di controversie concernenti l'onorario tra la persona assicurata e il

fornitore di prestazioni ai sensi della LAMal l'assicuratore può assumere la rappresentanza della persona assicurata davanti ai tribunali competenti, su richiesta e a spese della persona assicurata, a condizione che la causa abbia qualche probabilità di successo.

10. Disposizioni finali

10.1 Modifiche

Eventuali modifiche alle presenti CGA vengono comunicate alla persona assicurata mediante comunicazione scritta, nella rivista per gli assicurati o mediante pubblicazione ufficiale.

10.2 Entrata in vigore

Le presenti CGA entrano in vigore il 1º gennaio 2023 e sostituiscono tutte le edizioni precedenti.

Disposizioni comuni

ÖKK Versicherungen AG, edizione 1.1.2023

INDICE

1. Fondamenti assicurativi 10
1.1 Principio 10
1.2 Enti assicuratori 10
1.3 Oggetto dell'assicurazione 10
1.4 Condizioni generali di assicurazione 10
1.5 Condizioni per i contratti quadro e le assicurazioni collettive 10
1.6 Legge sul contratto d'assicurazione 10

2. Varianti assicurative 10
2.1 Prodotti assicurativi 10
2.2 Combinazioni 10
2.3 ÖKK OPZIONE 5/10 10
2.4 Prodotti assicurativi scelti 11

3. Persone assicurate 11
3.1 Assicurazione individuale 11
3.2 Contratto quadro o assicurazione collettiva 11

4. Inizio e durata dell'assicurazione 11
4.1 Procedura in caso di stipula dell'assicurazione 11
4.2 Inizio dell'assicurazione 12
4.3 Durata dell'assicurazione 12
4.4 Modifica dell'assicurazione 12
4.5 Sospensione dell'assicurazione 12

5. Fine dell'assicurazione 12
5.1 Disdetta da parte del contraente 12
5.2 Disdetta dell'assicuratore 13
5.3 Altri motivi di risoluzione 13

6. Prestazioni 13
6.1 Definizione dei termini 13
6.2 Ambito delle prestazioni 14
6.3 Prestazioni assicurate 14
6.4 Limitazione delle prestazioni 14

7. Obbligo di collaborare in caso di malattia e infortunio 15
7.1 Obbligo di notifica 15
7.2 Obbligo di contenimento del danno 15
7.3 Obbligo d'informazione 15

8. Premi e pagamenti 15
8.1 Determinazione dei premi 15
8.2 Adeguamento delle tariffe dei premi e della partecipazione ai costi 15
8.3 Pagamento dei premi 15
8.4 Altre disposizioni di pagamento 16

9. Prestazioni di terzi 16
9.1 Sussidiarietà 16
9.2 Assicurazioni sociali 16
9.3 Prestazioni anticipate e rivalsa 16
9.4 Sovrassicurazione 16

10. Protezione dei dati 16
10.1 Basi legali 16
10.2 Scopo del trattamento 16
10.3 Trasmissione di dati a terzi per il relativo trattamento 17
10.4 Conservazione dei dati 17
10.5 Diritto d'accesso 17

11. Comunicazioni 17

12. Forma scritta 17

13. Foro competente 17

1. Fondamenti assicurativi

1.1 Principio

Conformemente alle presenti Condizioni generali di assicurazione ÖKK LIVE (in seguito: CGA ÖKK LIVE), vengono offerte assicurazioni complementari e supplementari.

1.2 Enti assicuratori

L'ente assicuratore è ÖKK Versicherungen AG, Landquart (in seguito: assicuratore).

L'ente assicuratore dell'assicurazione di protezione giuridica sanitaria ÖKK PROTECT e dell'assicurazione di protezione giuridica viaggi di ÖKK TOURIST è Coop Protezione Giuridica SA, Aarau. ÖKK Versicherungen AG, in qualità di beneficiaria dell'assicurazione, ha siglato un contratto di assicurazione collettiva con Coop Protezione Giuridica SA, in qualità di ente assicuratore.

L'ente assicuratore dell'assicurazione delle spese di annullamento e dell'assicurazione bagagli di ÖKK TOURIST è la Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA, San Gallo. Queste assicurazioni competono all'Assicurazione viaggi europea, succursale dell'Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA, con sede a Basilea. ÖKK Versicherungen AG, in qualità di beneficiaria dell'assicurazione, ha siglato un contratto di assicurazione collettiva con l'Assicurazione viaggi europea, in qualità di ente assicuratore.

L'ente assicuratore di ÖKK CAPITALE DI RISCHIO IN CASO DI DECESSO O INVALIDITÀ IN SEGUITO A INFORTUNIO è SOLIDA Versicherungen AG, Zurigo. ÖKK Versicherungen AG, in qualità di beneficiaria dell'assicurazione, ha siglato un contratto di assicurazione collettiva con SOLIDA Versicherungen AG, in qualità di ente assicuratore.

L'ente assicuratore di ÖKK CAPITALE DI RISCHIO IN CASO DI DECESSO O INVALIDITÀ IN SEGUITO A MALATTIA è Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni sulla Vita SA, Basilea. Squarelife Insurance AG, Ruggell, Liechtenstein. ÖKK Versicherungen AG, in qualità di beneficiaria dell'assicurazione, ha siglato un contratto di assicurazione collettiva con Squarelife Insurance AG, in qualità di ente assicuratore.

1.3 Oggetto dell'assicurazione

Sono assicurate le conseguenze finanziarie di malattia, infortunio e maternità, così come l'assistenza a persone, le spese di annullamento, i bagagli e la protezione giuridica in relazione a inconvenienti di viaggio per tutta la durata dell'assicurazione.

Se previsto nelle disposizioni dei singoli prodotti assicurativi, la copertura infortuni può essere esclusa.

Le assicurazioni di capitale di rischio per decesso e invalidità conseguenti a infortunio o malattia rientrano nell'ambito delle assicurazioni di somme. Tutte le restanti assicurazioni complementari e integrative rientrano nell'ambito delle assicurazioni contro i danni.

1.4 Condizioni generali di assicurazione

Il rapporto assicurativo è disciplinato dalle CGA ÖKK LIVE, a meno che non siano state concordate condizioni particolari nel singolo contratto. Le Disposizioni comuni delle CGA ÖKK LIVE (in seguito: DC ÖKK LIVE) valgono per tutti i prodotti assicurativi indicati di seguito. I dettagli concernenti le prestazioni sono riportati nelle disposizioni dei singoli prodotti assicurativi. Qualora le disposizioni dei singoli prodotti assicurativi divergano dalle DC ÖKK LIVE, le disposizioni dei singoli prodotti assicurativi hanno la precedenza sulle DC ÖKK LIVE.

1.5 Condizioni per i contratti quadro e le assicurazioni collettive

Le CGA di ÖKK LIVE si applicano anche ai contratti quadro e alle assicurazioni collettive nel settore delle spese di cura. Nel singolo contratto quadro o contratto collettivo è possibile concordare condizioni divergenti.

Le disposizioni indicate nel contratto quadro o contratto collettivo hanno la precedenza sulle CGA di ÖKK LIVE.

I contraenti affiliati al contratto quadro possono informarsi presso l'assicuratore circa le condizioni che li riguardano.

I contraenti dei contratti collettivi (in particolare datore di lavoro) sono tenuti a informare le persone assicurate circa il contenuto essenziale del contratto collettivo, le rispettive modifiche e la risoluzione in forma scritta. L'assicuratore fornisce al contraente la documentazione necessaria a tale scopo.

1.6 Legge sul contratto d'assicurazione

Se nelle disposizioni dei singoli prodotti assicurativi non sono stabilite regolamentazioni diverse, si applicano, anche ai contratti stipulati prima del 1º gennaio 2022, le disposizioni della Legge sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908 nella versione del 1º gennaio 2022.

2. Varianti assicurative

2.1 Prodotti assicurativi

I prodotti assicurativi secondo le presenti CGA ÖKK LIVE sono:

Modulo di base
- ÖKK START

Moduli complementari
- ÖKK OSPEDALE Livelli di prestazione: FLEX MINI, FLEX, SEMI PRIVATA, PRIVATA, MONDO
- ÖKK NATURA Livelli di prestazione: MINI, MIDI, PLUS
- ÖKK PREVENZIONE
- ÖKK SMILE Livelli di prestazione: 1'000, 1'500, 3'000, 5'000
- ÖKK GENITORI

Prodotti supplementari
- ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA
- ÖKK TOURIST
- ÖKK PROTECT
- ÖKK Capitale di rischio in caso di decesso o invalidità in seguito a malattia
- ÖKK Capitale di rischio in caso di decesso o invalidità in seguito a infortunio
- ÖKK COMPENSA
- ÖKK INDENNITÀ GIORNALIERA AGA

2.2 Combinazioni

È possibile combinare i prodotti assicurativi indicati in precedenza (modulo di base, moduli complementari, prodotti supplementari).

Per i prodotti assicurativi seguenti, la stipula del modulo di base ÖKK START rappresenta un presupposto:
- ÖKK NATURA (MINI, MIDI, PLUS)
- ÖKK PREVENZIONE
- ÖKK SMILE (1'000, 1'500, 3'000, 5'000)
- ÖKK GENITORI

2.3 ÖKK OPZIONE 5/10

ÖKK OPZIONE offre la garanzia di poter effettuare upgrade ed estensioni in futuro. Con ÖKK OPZIONE le persone assicurate hanno la possibilità di stipulare determinati prodotti entro la durata convenuta dell'opzione nel rispetto del periodo di attesa concordato e senza che sia necessaria una nuova verifica dello stato di salute.

2.3.1 Stipula dell'opzione sul modulo di base ÖKK START

Il modulo di base ÖKK START può essere prenotato per una durata dell'opzione di cinque o dieci anni dietro pagamento di un canone.

Presupposti per la stipula dell'opzione:

Affinché sia possibile stipulare l'opzione occorre superare la verifica dello stato di salute, che avviene in base alle indicazioni nella dichiarazione sullo stato di salute del modulo di base ÖKK START. Le disposizioni ai sensi del punto 4.1 si applicano per analogia.

2.3.2 Stipula dell'opzione sui moduli complementari e sui prodotti supplementari

Dietro pagamento di un canone, chi dispone di un modulo di base ÖKK START attivo o interessato da un'opzione può riservare i seguenti prodotti assicurativi per una durata di cinque o dieci anni:
- ÖKK OSPEDALE (FLEX MINI, FLEX, SEMI PRIVATA, PRIVATA, MONDO)
- ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA
- ÖKK NATURA (MINI, MIDI, PLUS)
- ÖKK SMILE (1'000, 1'500, 3'000, 5'000)

Presupposti per la stipula dell'opzione:
- modulo di base ÖKK START attivo o interessato da un'opzione;
- superamento della verifica dello stato di salute, che avviene in base alle indicazioni nella dichiarazione sullo stato di salute del prodotto assicurativo interessato dall'opzione. Le disposizioni ai sensi del punto 4.1 si applicano per analogia.

2.3.3 Esercizio dell'opzione

L'opzione può essere esercitata per il primo giorno di ogni mese previa comunicazione scritta all'assicuratore. L'opzione può essere esercitata al massimo fino al 31 dicembre dell'anno in cui si compiono 60 anni.

L'opzione sui moduli complementari e sui prodotti supplementari può essere esercitata solo se al contempo viene esercitata l'opzione sul modulo di base ÖKK START o se ÖKK START è già assicurata attivamente.

Fa stato il periodo di attesa indicato sulla polizza, a partire dal momento in cui viene esercitata l'opzione. Con «periodo di attesa» si intende il periodo che trascorre dall'esercizio dell'opzione fino all'inizio dell'assicurazione. Il periodo di attesa non viene considerato nella durata minima del relativo prodotto assicurativo.

Eventuali periodi di carenza contemplati per un prodotto assicurativo iniziano a decorrere solo dopo la scadenza del periodo di attesa.

2.3.4 Durata dell'opzione

L'opzione può essere stipulata per la durata di cinque o dieci anni.

L'opzione può essere rinnovata dopo la scadenza della durata scelta; sono determinanti i presupposti conformemente ai punti 2.3.1 e 2.3.2.

2.3.5 Cessazione dell'opzione

L'opzione può essere disdetta per iscritto ogni volta entro il 30 settembre per il 31 dicembre. Le disposizioni relative alla disdetta conformemente al punto 5.1 valgono per analogia.

La possibilità di disdetta vale anche durante il termine di attesa dell'opzione.

Con la disdetta viene a cadere la possibilità di stipulare il prodotto assicurativo in questione senza doversi sottoporre a una nuova verifica dello stato di salute.

L'opzione viene inoltre a cadere nei seguenti casi:
- se è stata raggiunta la durata massima dell'opzione (cinque o dieci anni);
- se la persona assicurata disdice il modulo di base ÖKK START o la relativa opzione oppure se ÖKK START viene a cadere per altro motivo (a eccezione del modulo di base ÖKK START interessato da un'opzione conformemente al punto 2.3.1)
- al raggiungimento del limite di età, ovvero al 31 dicembre dell'anno in cui sono stati compiuti 60 anni.

2.3.6 Canone dell'opzione

Viene riscosso un canone a seconda del prodotto assicurativo interessato da un'opzione (canone dell'opzione).

Durante il periodo di attesa si paga il canone dell'opzione. Al termine di tale periodo vale il premio del prodotto assicurativo interessato dall'opzione.

Il canone dell'opzione decade alla cessazione dell'opzione.

2.4 Prodotti assicurativi scelti

I prodotti assicurativi stipulati vengono indicati nella polizza assicurativa. Sono indicati nella polizza assicurativa anche le disposizioni particolari o gli accordi che differiscono dalle CGA ÖKK LIVE.

3. Persone assicurate

3.1 Assicurazione individuale

Sono assicurate le persone indicate nella polizza assicurativa.

3.2 Contratto quadro o assicurazione collettiva

Nel contratto quadro viene definita la cerchia di persone comprese nelle condizioni del contratto quadro.

Nel contratto collettivo viene definita la cerchia delle persone assicurate.

Sono assicurati le persone o i gruppi di persone indicati nella polizza assicurativa.

4. Inizio e durata dell'assicurazione

4.1 Procedura in caso di stipula dell'assicurazione

4.1.1 Presentazione della domanda

La richiesta di stipula dell'assicurazione ha luogo per iscritto. La persona richiedente deve rispondere in modo completo e veritiero alle domande presenti sul modulo.

Le persone che non hanno l'esercizio dei diritti civili possono essere rappresentate solo dai propri rappresentanti legali.

4.1.2 Obbligo d'informazione

Se al momento della domanda vengono fornite indicazioni non corrette o incomplete, l'assicuratore può disdire il contratto entro quattro settimane dal momento in cui è venuto a conoscenza della reticenza.

In caso di risoluzione del contratto viene meno anche l'obbligo di prestazione dell'assicuratore per i danni già intervenuti, se il fatto oggetto della reticenza ha influito sull'insorgere o sulla portata del danno. Qualora l'obbligo di prestazione sia già stato adempiuto, l'assicuratore ha diritto a una restituzione.

Con la domanda di stipula dell'assicurazione la persona richiedente autorizza l'assicuratore a raccogliere presso il personale medico e presso altri assicuratori le informazioni necessarie per la stipula dell'assicurazione e per l'accertamento di un futuro obbligo di prestazione nonché per imporre un diritto di rivalsa.

L'assicuratore può richiedere un certificato medico o una visita medica a proprie spese.

Il contraente deve provvedere a fornire tutte le informazioni necessarie sulla persona assicurata.

4.1.3 Documenti

Dopo la stipula dell'assicurazione il contraente riceve:
- la polizza assicurativa
- le Condizioni generali di assicurazione (la versione attuale delle Condizioni generali di assicurazione è disponibile all'indirizzo www.oekk.ch/cga. È possibile richiedere una copia cartacea presso ogni agenzia ÖKK).

4.1.4 Diritto di revoca

La domanda di stipula dell'assicurazione può essere ritirata entro 14 giorni dalla richiesta. Con il rilascio della dichiarazione di revoca cessano tutti gli obblighi dell'assicuratore.

Il termine si considera rispettato se il contraente comunica la revoca all'assicuratore o consegna la dichiarazione di revoca alla Posta entro l'ultimo giorno del termine previsto per l'eventuale revoca.

4.2 Inizio dell'assicurazione

L'assicurazione decorre a partire dalla data confermata sulla polizza assicurativa.

4.3 Durata dell'assicurazione

4.3.1 Aspetti generali

La durata assicurativa dei rispettivi prodotti assicurativi si orienta alle disposizioni del modulo di base ÖKK START nonché alle disposizioni dei singoli moduli complementari.

I prodotti supplementari possono essere stipulati ogni volta per la durata di un anno.

4.3.2 Durata assicurativa superiore

Se oltre al modulo di base ÖKK START vengono stipulati dei moduli complementari (una combinazione conformemente al punto 2.1), la durata dell'assicurazione per il modulo di base ÖKK START si orienta alla durata dell'assicurazione dell'ultimo modulo complementare stipulato.

4.3.3 Momento di stipula dell'assicurazione

La stipula dell'assicurazione è possibile in qualsiasi momento, anche durante l'anno civile. Il premio è calcolato in funzione della durata rimanente dell'assicurazione fino alla scadenza principale del 31 dicembre dell'anno civile.

4.3.4 Rinnovo dell'assicurazione

Alla scadenza della durata contrattuale stabilita, il contratto assicurativo è prorogato tacitamente per un anno, se non viene disdetto dal contraente entro il termine di preavviso ordinario.

4.4 Modifica dell'assicurazione

4.4.1 Modifica da parte del contraente

Le domande di modifica del contratto assicurativo con una copertura superiore e le domande per prodotti per i quali è richiesta una dichiarazione sullo stato di salute vengono considerate come una domanda di un nuovo contratto assicurativo.

In caso di riduzione della copertura assicurativa fanno stato le disposizioni relative alla disdetta.

4.4.2 Modifica da parte dell'assicuratore

Se dopo la stipula dell'assicurazione si verificano importanti cambiamenti nelle condizioni quadro dell'assicurazione per le conseguenze finanziarie a seguito di malattia, maternità e infortunio, l'assicuratore è autorizzato ad adeguare le CGA. Tra questi importanti cambiamenti rientrano ad esempio l'aumento del numero di fornitori di prestazioni mediche oppure nuove categorie di fornitori di prestazioni mediche, l'ampliamento dell'offerta di prestazioni mediche, l'introduzione di nuove forme terapeutiche o farmaci costosi e sviluppi simili oppure modifiche nella legislazione relativa all'assicurazione sociale.

Le nuove CGA vengono comunicate al contraente 30 giorni prima dell'entrata in vigore. Egli ha il diritto di disdire i prodotti assicurativi interessati per la data della modifica assicurativa entro 30 giorni dalla comunicazione. Se non avviene una disdetta da parte del contraente significa che egli accetta le nuove CGA.

4.5 Sospensione dell'assicurazione

4.5.1 Presupposto

La sospensione dell'assicurazione per tutti i prodotti assicurativi o per singoli prodotti attivi può essere richiesta se è dimostrata l'esistenza di una copertura assicurativa equivalente.

L'assicuratore si riserva il diritto di non accogliere la domanda di sospensione.

Durante la sospensione può essere riscosso un premio ridotto.

4.5.2 Durata ed entità della sospensione

La sospensione inizia dopo la presentazione della domanda, al più presto all'inizio del mese successivo all'insorgere del motivo della sospensione.

La sospensione deve essere richiesta per almeno tre mesi e può essere concordata per una durata massima di sei anni. È possibile chiedere un'ulteriore proroga della sospensione.

Se l'assicuratore non approva la proroga della sospensione, la protezione assicurativa viene ripristinata integralmente, a condizione che venga presentata una richiesta in tal senso entro 30 giorni. Se la protezione assicurativa non viene riattivata entro questo termine, l'assicurazione viene a cadere senza ulteriore preavviso.

Se viene meno il motivo della sospensione, la protezione assicurativa viene ripristinata integralmente, a condizione che venga presentata una richiesta in tal senso entro 30 giorni. Se la protezione assicurativa non viene riattivata entro questo termine, l'assicurazione viene a cadere senza ulteriore preavviso.

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

5. Fine dell'assicurazione

5.1 Disdetta da parte del contraente

5.1.1 Disdetta ordinaria

Al termine della durata dell'assicurazione, l'assicurazione o un prodotto assicurativo può essere disdetto per iscritto ogni volta entro il 30 settembre per il 31 dicembre. Sono fatte salve disposizioni di disdetta diverse di singoli prodotti assicurativi.

5.1.2 Disdetta in caso di sinistro

Dopo ogni caso di sinistro per cui l'assicuratore ha fornito delle prestazioni, il contraente ha la possibilità di disdire per iscritto la rispettiva parte del contratto entro 14 giorni dal versamento oppure dal momento in cui è venuto a conoscenza dell'assunzione delle prestazioni da parte dell'assicuratore. Il premio è dovuto fino alla fine del contratto.

5.1.3 Ricezione della disdetta

In caso di disdetta è determinante la data di arrivo della disdetta presso l'assicuratore (non la data del timbro postale).

5.1.4 Contratto collettivo

Se un contratto collettivo viene disdetto, i contratti assicurativi con le persone assicurate vengono proseguiti individualmente e senza verifica dello stato di salute nell'assicurazione individuale.

In caso di uscita dal contratto collettivo, la persona assicurata ha il diritto di passare all'assicurazione individuale con la stessa copertura senza che debba compilare la dichiarazione sullo stato di salute. Il diritto di passaggio deve essere fatto valere entro 30 giorni dall'uscita dal contratto collettivo. Dopo la successiva comunicazione delle nuove condizioni dell'assicurazione individuale, la persona assicurata deve comunicare all'assicuratore la sua decisione di proseguire nell'assicurazione individuale entro 30 giorni. È determinante la data di arrivo della dichiarazione presso l'assicuratore.

5.1.5 Contratto quadro

Se un contratto quadro viene disdetto, i contratti assicurativi esistenti con i contraenti proseguono al di fuori del contratto quadro. Sussiste un diritto di disdetta ai sensi della cifra 8.2 (modifica delle condizioni per l'ottenimento dello sconto).

In caso di uscita dal contratto quadro da parte del contraente, il suo contratto assicurativo prosegue al di fuori del contratto quadro. Le condizioni speciali del contratto quadro per lui decadono. Ciò non fa scattare alcun diritto di disdetta straordinario (cifra 8.2).

5.2 Disdetta dell'assicuratore

Il diritto di disdetta ordinario e il diritto di disdetta in caso di sinistro ora possono essere esercitati soltanto dal contraente dell'assicurazione.

L'assicuratore ha comunque diritto di disdetta nei seguenti casi:

a) assicurazione di indennità giornaliera
b) reticenza nella presentazione della domanda
c) abuso assicurativo, tentato o compiuto
d) motivi gravi (ai sensi dell'art. 35b LCA)

Il diritto a disdire per motivi gravi (ai sensi dell'art. 35b LCA) spetta anche al contraente.

5.3 Altri motivi di risoluzione

L'assicurazione viene inoltre a cadere nei seguenti casi:

a) in caso di decesso della persona assicurata;
b) in caso di partenza all'estero (fatta eccezione per i casi in cui l'assicurazione è stata sospesa);
c) in caso di raggiungimento del limite d'età fissato per la protezione assicurativa;
d) in caso di esaurimento definitivo dei diritti a prestazioni per tutte le prestazioni di un prodotto assicurativo;
e) se il contratto non viene rinnovato al raggiungimento della durata d'assicurazione massima o in caso di sospensione;
f) nei casi previsti dalla legge, in particolare in caso di premi o partecipazioni ai costi scoperti (vedi in merito la cifra 8.3.2).
g) in caso di scioglimento del contratto collettivo di assicurazione tra ÖKK e l'ente assicuratore (vedi in merito la cifra 1.2). Nei suddetti casi viene revocata la rispettiva copertura e non l'intero contratto di assicurazione. Per i casi subentrati nel corso della durata del contratto, la copertura continua a essere concessa. In caso di scioglimento del contratto collettivo, per la prosecuzione delle coperture preesistenti ÖKK può stipulare un nuovo contratto collettivo con un assicuratore subentrante. Il beneficiario dell'assicurazione ha diritto a rifiutare la prosecuzione in questione.

6. Prestazioni

6.1 Definizione dei termini

6.1.1 Malattia

È considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro.

6.1.2 Infortunio

È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte.

Le seguenti lesioni corporali elencate in maniera esaustiva sono equiparate a infortuni, sempre che non siano dovute prevalentemente all'usura o a una malattia:

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 rappresentano lesioni corporali ai sensi del capoverso precedente i danni non imputabili a infortuni causati a oggetti applicati in seguito a malattia e che sostituiscono una parte del corpo o una sua funzione.

Sono considerati infortuni anche le malattie professionali riconosciute come infortuni dall'assicurazione contro gli infortuni.

6.1.3 Maternità

La maternità comprende la gravidanza, il parto e la successiva convalescenza della madre. Le prestazioni in relazione a gravidanza e parto sono assicurate alla stregua di quelle per malattia se, al momento del parto, la madre era assicurata presso l'assicuratore da almeno 360 giorni (periodo di carenza) oppure, in caso di assicurazione equivalente presso un altro assicuratore, se la stipula dell'assicurazione è stata confermata almeno 360 giorni prima del parto.

6.1.4 Infermità congenita

Sono considerate infermità congenite le malattie presenti a nascita avvenuta.

6.1.5 Ospedale acuto

Si considerano ospedali acuti i nosocomi che forniscono prestazioni mediche e di cura e che dispongono dell'infrastruttura tecnica necessaria per la cura di malattie acute, infortuni e parti che richiedono un costante controllo medico.

Per **trattamenti acuti** si intendono esclusivamente i trattamenti stazionari in ospedali acuti (senza cliniche psichiatriche o cliniche di riabilitazione).

6.1.6 Clinica psichiatrica

Una clinica psichiatrica, detta anche clinica neurologica o anche solo psichiatria, è un ospedale specialistico per il trattamento di malattie mentali e disturbi psichiatrici.

6.1.7 Clinica di riabilitazione

Sono considerate cliniche di riabilitazione gli istituti che dispongono dei necessari presupposti tecnico-sanitari e infrastrutturali nonché di personale medico, di cura e terapeutico sufficientemente qualificato per eseguire provvedimenti di riabilitazione stazionari specifici e mirati.

6.1.8 Forme di ospedali acuti, cliniche psichiatriche e cliniche di riabilitazione

6.1.8.1 Ospedale dell'elenco ospedaliero

Istituto che figura in un elenco ospedaliero cantonale conformemente all'art. 39 LAMal. Tale istituto è considerato riconosciuto dall'assicuratore.

6.1.8.2 Ospedale convenzionato

Istituto con cui l'assicuratore ha stabilito degli accordi sulla definizione delle tariffe o le cui tariffe sono riconosciute dall'assicuratore. Su richiesta, un elenco degli istituti riconosciuti può essere visionato presso l'assicuratore.

6.1.8.3 Altro ospedale

Istituto che non figura in un elenco ospedaliero cantonale e le cui tariffe non sono riconosciute dall'assicuratore.

6.1.9 Medico LAMal

Un medico è considerato medico LAMal se soddisfa le condizioni per l'autorizzazione a esercitare a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (conformemente alla LAMal). Sono autorizzati i medici titolari del diploma federale che dispongono di un perfezionamento riconosciuto dal Consiglio federale.

6.1.10 Dentista

È considerato dentista chi è titolare del rispettivo diploma federale o di un diploma equivalente oppure chi ha ricevuto dal cantone l'autorizzazione all'esercizio della professione sulla base di un attestato scientifico.

6.2 Ambito delle prestazioni

6.2.1 Ambito territoriale delle prestazioni

L'assicurazione vale di principio per prestazioni in Svizzera e per trattamenti di emergenza in tutto il mondo. Le disposizioni dei singoli prodotti assicurativi relative alla validità territoriale hanno la precedenza.

6.2.2 Ambito temporale delle prestazioni

Per tutta la durata dell'assicurazione sussiste il diritto alle prestazioni. Non sussiste alcun diritto a prestazioni per i costi maturati prima o dopo la durata dell'assicurazione; sono fatti salvi obblighi di prestazioni periodici ai sensi dell'art. 35c LCA.

Fa stato la data del trattamento o l'inizio del ricorso alla prestazione assicurata.

6.3 Prestazioni assicurate

6.3.1 Entità delle prestazioni

Sono assicurate le prestazioni secondo la copertura indicata nella polizza assicurativa e in base alle disposizioni dei singoli prodotti assicurativi.

6.3.2 Economicità del trattamento

I trattamenti sono coperti se sono efficaci, appropriati, economici e necessari dal punto di vista medico. Questo significa che le spese per i trattamenti medici e terapeutici vengono assunti se avvengono nell'interesse della persona assicurata e si limitano allo scopo di cura. L'efficacia deve essere dimostrata con metodi scientifici (a eccezione della medicina complementare).

Per ottenere un'assistenza ottimale delle persone assicurate, l'assicuratore può concordare con i fornitori di prestazioni autorizzati dei provvedimenti accompagnatori con lo scopo di garantire, grazie a una migliore collaborazione e coordinamento tra fornitori di prestazioni e assicuratore, il trattamento più efficace, opportuno ed economico per la persona assicurata. Per l'attuazione di tali provvedimenti l'assicuratore può ricorrere a un consulente in salute pubblica.

In caso di evidente fatturazione maggiorata l'assicuratore può ridurre di conseguenza le proprie prestazioni o vincolare il proprio pagamento alla cessione della richiesta di riduzione.

6.3.3 Trattamenti da parte di fornitori di prestazioni mediche riconosciuti

I trattamenti da parte di fornitori di prestazioni mediche sono assicurati se questi sono riconosciuti ai sensi della LAMal. Le prestazioni fornite da altre persone o istituti sono assicurate soltanto se ciò è previsto dai singoli prodotti assicurativi.

6.4 Limitazione delle prestazioni

6.4.1 Malattie e infortuni preesistenti

L'assicuratore può escludere dalla copertura assicurativa le malattie e le conseguenze di infortuni esistenti oppure che esistevano al momento della stipula dell'assicurazione.

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

Se una persona assicurata ha optato per la stipula di moduli complementari ÖKK OPZIONE, fanno stato le regolamentazioni stabilite al punto 2.3.

6.4.2 Esclusione di prestazioni

Non sussiste alcun diritto a prestazioni assicurative:

a) in caso di malattie e conseguenze di infortunio che esistevano già al momento della stipula dell'assicurazione e che l'assicuratore ha escluso dall'assicurazione;
b) in caso di malattie e conseguenze di infortunio che esistevano già alla presentazione della domanda e che non sono state indicate o sono state indicate solo parzialmente;
c) durante un periodo di carenza;
d) nel caso in cui un trattamento non serva a eliminare un disturbo o le relative conseguenze. Sono fatti salvi i provvedimenti che impediscono l'insorgere o il peggioramento di un disturbo nel caso in cui sia già presente una condizione patologica;
e) in caso di trattamenti eseguiti da un fornitore di prestazioni non riconosciuto dall'assicuratore;
f) in caso di trattamenti odontoiatrici se nel prodotto assicurativo stipulato non è esplicitamente disciplinata la copertura;
g) in caso di sospensione dell'assicurazione;
h) in caso di ritardo nei pagamenti, a partire dalla scadenza del termine di sollecito o diffida fino al completo pagamento di tutto il dovuto;
i) in caso di partecipazione ad atti di guerra, terrorismo, disordini e simili nonché in caso di servizio militare all'estero;
k) in caso di malattie e infortuni quale conseguenza di eventi bellici, se si sono manifestati già da oltre 14 giorni;
l) in caso di malattie e infortuni quale conseguenza della partecipazione attiva a risse, scontri e ad altri atti di violenza nonché quale conseguenza della partecipazione attiva ad atti punibili o nel tentativo di parteciparvi;
m) in caso di conseguenze di terremoti e altre catastrofi naturali;
n) in caso di danni alla salute quale conseguenza di eventi industriali su vasta scala oppure di danni dovuti all'energia nucleare;
o) in caso di trapianti di organi conformemente all'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione (OPre), Allegato 1, sezione Chirurgia di trapianto, indipendentemente da dove avviene il trapianto;
p) in caso di partecipazioni ai costi previste per legge e concordate dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
q) in caso di malattie epidemiche;
r) in caso di abuso di alcol, farmaci o altre droghe;
s) in caso di danni alla salute riconducibili ad atti temerari, ovvero quando la persona assicurata si espone a un pericolo particolarmente grave senza prendere o poter prendere le precauzioni per limitare il rischio a un livello ragionevole. Fanno eccezione gli atti di salvataggio di persone. Sono considerati atti temerari ai sensi della presente disposizione in particolare la partecipazione a gare automobilistiche o il relativo allenamento;
t) se il danno alla salute è stato provocato intenzionalmente, anche quale conseguenza di tentativi di suicidio o autolesionismo;
u) in caso di trattamenti e interventi cosmetici.

Eventuali altre esclusioni di prestazioni sono contemplate nelle disposizioni dei singoli prodotti assicurativi.

6.4.3 Limitazioni delle prestazioni

Le prestazioni vengono ridotte:

a) se in caso di sinistro vengono violati i necessari obblighi di notifica o doveri;
b) in caso di danni alla salute provocati da un comportamento gravemente negligente;

c) se, nonostante sollecito scritto, i giustificativi necessari per la determinazione dell'obbligo assicurativo non vengono presentati entro quattro settimane. Sono fatte salve le condizioni ai sensi dell'art. 45 LCA (colpa assente o nessuna influenza sull'entità della prestazione).

7. Obbligo di collaborare in caso di malattia e infortunio

7.1 Obbligo di notifica

La persona assicurata deve presentare all'assicuratore i propri diritti a prestazioni entro i termini e conformemente alle disposizioni dei singoli prodotti assicurativi. Il verificarsi di un infortunio deve essere annunciato al più tardi entro dieci giorni.

La notifica deve essere veritiera. Quando vengono rivendicate delle prestazioni, all'assicuratore devono essere messe a disposizione tutte le necessarie informazioni di natura medica e amministrativa. Vengono riconosciute solo fatture originali dettagliate.

7.2 Obbligo di contenimento del danno

La persona assicurata è tenuta ad adoperarsi per contenere il danno, in particolare adottando provvedimenti che favoriscano la guarigione e astenendosi da tutto ciò che possa rallentarla.

Nel quadro dei provvedimenti accompagnatori dell'assicuratore, la persona assicurata sostiene l'attività del case manager fornendo le informazioni necessarie.

7.3 Obbligo d'informazione

La persona assicurata esonera i medici curanti, gli ulteriori fornitori di prestazioni mediche e gli altri assicuratori dall'obbligo di segreto professionale nei confronti dell'assicuratore. L'assicuratore ha facoltà di richiedere informazioni.

Su richiesta, la persona assicurata deve lasciarsi visitare da un secondo medico o dal medico di fiducia dell'assicuratore. I costi sono a carico dell'assicuratore.

La persona assicurata rilascia all'assicuratore informazioni relative a tutte le prestazioni di terzi in caso di malattia, infortunio, invalidità e maternità. Se richiesto, i conteggi di terzi vanno inoltrati all'assicuratore.

In caso di persone che non hanno l'esercizio dei diritti civili, il contraente è tenuto a fare rispettare l'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 prodotto assicurativo.

8.1.2 Ammontare dei premi

L'ammontare dei premi viene fissato in base al rischio.

È fatto salvo un eventuale premio minimo, che viene indicato sulla polizza e vale per persona assicurata e anno di assicurazione.

Le modifiche del premio in seguito al cambiamento del gruppo di rischio avvengono automaticamente.

La persona assicurata è tenuta a notificare i cambiamenti delle condizioni personali determinanti per il calcolo del premio. Se la persona non adempie a tale obbligo, un'eventuale differenza del premio è dovuta retroattivamente.

Per le opzioni di prodotti assicurativi (ÖKK OPZIONE, vedi punto 2.3) viene riscosso un premio ridotto rispetto alla copertura assicurativa attiva.

8.1.3 Sconti sui premi

L'assicuratore può concedere uno sconto famiglia a bambini e giovani fino a 25 anni compiuti.

Hanno diritto allo sconto i bambini e i giovani che vivono nella stessa economia domestica di almeno un genitore e sono assicurati nella stessa polizza famigliare.

Per beneficiare dello sconto famiglia, per i bambini/giovani e per il genitore si presuppongono le seguenti coperture assicurative presso l'assicuratore:
- assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
- ÖKK START;
- almeno un modulo complementare conformemente al punto 2.1.

Il modulo di base ÖKK START e i moduli complementari non possono essere interessati da ÖKK OPZIONE.

Lo sconto famiglia viene concesso per i moduli complementari assicurati conformemente al punto 2.1.

Nella misura in cui le condizioni sono costantemente soddisfatte, lo sconto famiglia è garantito per la durata minima del contratto, dopo la quale sono possibili adeguamenti (cifra 8.2).

8.2 Adeguamento delle tariffe dei premi e della partecipazione ai costi

Le tariffe dei premi e l'ammontare della partecipazione ai costi possono essere adeguati allo sviluppo dei costi e all'andamento dei sinistri.

I premi vengono inoltre adeguati al passaggio alla fascia d'età immediatamente superiore. L'adeguamento può comportare un aumento dei premi. Ciò si applica per analogia al canone dell'opzione.

Le fasce d'età sono di norma 0 -10, 11-18, 19 -25, 26 -30, dopodiché a intervalli di 5 anni fino alla fascia d'età 60, dopodiché a intervalli di 10 anni fino alla fascia d'età 81+.

Per ÖKK SMILE le prime tre fasce d'età sono suddivise come segue: 0-3, 4-5 e 6-10.

La prima fascia d'età per ÖKK COMPENSA è 15 -18, l'ultima 61-70.

Fasce d'età ÖKK INDENNITÀ GIORNALIERA AGA (tariffa per età di stipula): 16-30, 31-40, 41-50, 51-65.

Gli adeguamenti dei premi vengono comunicati al contraente 30 giorni prima dell'entrata in vigore. Entro 30 giorni dalla comunicazione dell'assicuratore, egli ha il diritto di disdire i prodotti assicurativi interessati per la data dell'entrata in vigore dell'adeguamento dei premi.

Se non avviene alcuna disdetta, significa che il contraente approva l'adeguamento dei premi.

Se la persona assicurata perde il diritto a uno sconto anche se le condizioni per il suo ottenimento sono rimaste invariate, tale fatto non viene considerato come adeguamento del premio e non fa scattare alcun diritto a disdetta. Se invece cambia l'ammontare dello sconto senza che il fatto fosse noto al momento della stipula del contratto o se cambiano le condizioni per avere diritto allo sconto, sussiste un diritto di disdetta.

Una modifica della tariffa a seguito del cambiamento di residenza non è considerato un adeguamento dei premi.

8.3 Pagamento dei premi

8.3.1 Scadenza

I premi devono essere pagati in anticipo. I premi devono essere versati senza interruzione, dunque anche in caso di malattia, infortunio, gravidanza e maternità, incapacità lavorativa o in caso di esaurimento del diritto di pretesa.

8.3.2 Sollecito e conseguenze della mora

Se i premi o le partecipazioni ai costi dovuti non vengono pagati entro 30 giorni, l'assicuratore invita il contraente al pagamento degli importi scoperti e delle spese di sollecito entro 14 giorni dall'invio del sollecito, sotto comminatoria delle conseguenze della mora previste per legge.

Se il sollecito rimane senza effetto, l'obbligo di prestazione dell'assicuratore è sospeso a fare data dalla scadenza del termine di sollecito.

Se l'assicuratore non richiede il premio scoperto entro due mesi dalla scadenza del termine di sollecito, si ritiene che l'assicuratore sia receduto dal contratto. Così facendo l'assicuratore rinuncia al pagamento del premio dovuto.

Se l'assicuratore esige il premio o lo accetta a posteriori, la copertura assicurativa viene ripristinata dal momento in cui viene pagato il premio arretrato comprensivo di interessi e spese. Per malattie, infortuni e relative conseguenze intervenuti durante la sospensione dell'obbligo di prestazione non è possibile fare valere un diritto a prestazioni, nemmeno nel caso di un pagamento a posteriori del premio.

Le spese amministrative e di sollecito generate dai mancati pagamenti sono a carico del contraente.

8.4 Altre disposizioni di pagamento

8.4.1 Compensazione

L'assicuratore può compensare le prestazioni esigibili con pretese nei confronti della persona assicurata o del contraente.

La persona assicurata o il contraente non hanno nessun diritto di compensazione nei confronti dell'assicuratore.

8.4.2 Pignoramento e cessione

Le pretese nei confronti dell'assicuratore non possono essere né pignorate, né cedute senza il suo consenso.

8.4.3 Pagamento delle prestazioni

Ove non concordato diversamente tra l'assicuratore e i fornitori di prestazioni, la persona assicurata è tenuta a pagare l'onorario dei fornitori di prestazioni.

Se tra l'assicuratore e i fornitori di prestazioni esistono contratti e tariffe di tenore diverso, il pagamento viene effettuato direttamente dall'assicurazione ai fornitori di prestazioni. In caso di pagamento diretto ai fornitori di prestazioni da parte dell'assicuratore, la persona assicurata è tenuta a rimborsare all'assicuratore la partecipazione ai costi concordata entro 30 giorni dalla fatturazione.

Gli accordi sull'onorario tra emittente della fattura e persone assicurate non sono vincolanti per l'assicuratore. Un obbligo di prestazioni esiste solo nel quadro della tariffa riconosciuta dall'assicuratore per il relativo fornitore di prestazioni.

L'assicuratore può chiedere il rimborso di prestazioni percepite ingiustamente.

8.4.4 Prescrizione

Il diritto a prestazioni facente capo alla persona assicurata nei confronti dell'assicuratore si prescrive entro cinque anni dal verificarsi del fatto che motiva l'obbligo di prestazioni dell'assicuratore.

Per contratti stipulati prima del 1º gennaio 2022 si applica sui diritti dell'assicuratore nei confronti della persona assicurata, un termine di due anni.

9. Prestazioni di terzi

9.1 Sussidiarietà

9.1.1 Aspetti generali

Se un terzo risponde di una malattia o di un infortunio notificati per legge o per colpa, l'assicuratore non è soggetto all'obbligo di prestazioni o lo è al massimo per la parte non coperta.

Nell'ambito dei diritti a prestazioni nei confronti di terzi non esiste alcun obbligo di prestazione in base alle presenti CGA ÖKK LIVE.

9.1.2 Prestazioni di enti pubblici

Anche nell'ambito dei diritti a prestazioni e a riduzioni nei confronti di cantoni e comuni non esiste alcun obbligo di prestazione in base alle presenti CGA ÖKK LIVE.

9.1.3 Assicurazione multipla

In presenza di più assicuratori privati soggetti all'obbligo di prestazioni viene calcolata la somma che ogni singolo assicuratore privato dovrebbe pagare in caso di obbligo di prestazioni esclusivo. Questo vale anche nel caso in cui l'obbligo di prestazione degli altri assicuratori privati sia solo sussidiario.

L'indennizzo che deve essere versato in base alle presenti CGA ÖKK LIVE si limita alla parte della somma complessiva assicurata corrispondente a tale copertura.

9.1.4 Rinuncia alle prestazioni

Se la persona assicurata, senza l'approvazione dell'assicuratore, rinuncia interamente o parzialmente alle prestazioni nei confronti di terzi, viene a cadere l'obbligo di prestazioni secondo le presenti CGA ÖKK LIVE. Anche la capitalizzazione di un diritto di prestazioni è considerata una rinuncia.

9.2 Assicurazioni sociali

Non vengono assunte prestazioni che vanno a carico di altre assicurazioni sociali. Il diritto a prestazioni va notificato all'assicurazione sociale competente.

9.3 Prestazioni anticipate e rivalsa

Nel rapporto con altri terzi che non siano assicurazioni sociali è possibile assumere prestazioni anticipate. Il presupposto è che la persona assicurata abbia tentato in ogni modo ragionevolmente esigibile di far valere i propri diritti senza però riuscirvi e che ceda all'assicuratore le sue pretese nei confronti di terzi nella misura delle prestazioni corrisposte.

9.4 Sovrassicurazione

Nell'ambito delle assicurazioni contro i danni, ai sensi delle presenti CGA ÖKK LIVE la persona assicurata non può trarre profitto dalle prestazioni in considerazione delle prestazioni di terzi. In caso di sovrassicurazione, le prestazioni vengono ridotte di conseguenza.

10. Protezione dei dati

10.1 Basi legali

L'elaborazione dei dati di persone assicurate si orienta alle disposizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) e della Legge federale sulla protezione dei dati (LPD).

10.2 Scopo del trattamento

L'assicuratore tratta i dati (per esempio dati personali, informazioni sullo stato di salute, esame delle indicazioni registrate nella domanda, incasso, disbrigo delle prestazioni) per il disbrigo del contratto d'assicurazione secondo la LCA. Può inoltre usare i dati per analisi di natura regolamentare e per offrire consulenza e assistenza ai clienti.

L'assicuratore può inoltre analizzare i dati con metodi matematici e statistici per migliorare la qualità di prodotti e servizi in base alle conoscenze acquisite e informare le persone assicurate in merito.

Per gli scopi indicati, limitatamente al settore dell'assicurazione complementare, all'assicuratore è dunque espressamente consentito elaborare i dati personali e di contratti (a eccezione di dati personali degni di particolare protezione ai sensi della Legge sulla protezione dei dati) nonché i profili dei clienti allestiti in base all'assicurazione di base e complementare delle società del Gruppo ÖKK nonché dei loro partner di outsourcing.

L'assicuratore tratta le informazioni richieste con la massima confidenzialità.

10.3 Trasmissione di dati a terzi per il relativo trattamento

L'assicuratore può trasferire a terzi l'intero trattamento dei dati o parte di esso (per esempio centro di calcolo, partner di outsourcing). In tal caso l'assicuratore provvede affinché il trattamento dei dati sia conforme a quanto previsto.

Negli altri casi l'assicuratore fornisce informazioni solo con il consenso della persona assicurata.

10.4 Conservazione dei dati

L'assicuratore conserva i dati scrupolosamente e li protegge dai non autorizzati grazie ad adeguate misure tecniche e organizzative.

10.5 Diritto d'accesso

La persona assicurata ha il diritto di richiedere all'assicuratore informazioni in merito ai dati trattati. La richiesta deve avvenire per iscritto e con sufficiente prova dell'identità (fotocopia della carta d'identità o del passaporto).

11. Comunicazioni

I cambiamenti delle condizioni personali della persona assicurata che sono fondamentali per l'assicurazione, come ad esempio il cambiamento di domicilio, devono essere comunicati all'assicuratore per iscritto entro 30 giorni.

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

Tutte le comunicazioni del contraente o della persona assicurata devono essere rivolte all'ufficio competente dell'assicuratore.

Le comunicazioni dell'assicuratore vanno effettuate per iscritto e con validità giuridica alla persona assicurata o al contraente all'ultimo indirizzo indicato oppure all'indirizzo di contatto in Svizzera.

Ulteriori informazioni vengono comunicate alla persona assicurata o al contraente tramite la rivista per gli assicurati o sul sito web dell'assicuratore.

12. Forma scritta

Nonostante nelle presenti CGA si esiga la forma scritta, è sufficiente ogni forma testuale che permetta di ricostruire gli eventi.

13. Foro competente

In caso di controversie derivanti dalle assicurazioni secondo le presenti CGA ÖKK LIVE e dalle disposizioni dei singoli prodotti assicurativi, la parte attrice può adire il tribunale del domicilio svizzero o della sede dell'assicuratore (ÖKK Versicherungen AG, Landquart).

ÖKK START

ÖKK Versicherungen AG, edizione 1.1.2019

INDICE

1.	**Fondamenti assicurativi**	**19**
1.1	Ente assicuratore	19
1.2	Disposizioni comuni	19
1.3	Scopo	19
1.4	Condizioni per le prestazioni	19
1.5	Validità territoriale	19
1.6	Stipula dell'assicurazione	19
1.7	Durata dell'assicurazione	19
2.	**Prestazioni assicurative**	**19**
2.1	Psicoterapia eseguita da personale non medico	19
2.2	Vasectomia e sterilizzazione	19
2.3	Farmaci non obbligatori	19
2.4	Trattamento stazionario	19
2.5	Emergenza all'estero	20
2.6	Mezzi ausiliari	20
2.7	Spese di trasporto, operazioni di soccorso e di salvataggio in casi di emergenza	20
2.8	Spese di trasporto	20
2.9	Soggiorni curativi	20
2.10	Aiuto domestico	21
2.11	Cure odontoiatriche	21

1. Fondamenti assicurativi

1.1 Ente assicuratore

L'ente assicuratore è ÖKK Versicherungen AG, Landquart (in seguito: assicuratore).

1.2 Disposizioni comuni

Le Disposizioni comuni ÖKK LIVE (DC ÖKK LIVE) sono parte integrante delle disposizioni del presente prodotto assicurativo. Qualora le disposizioni del presente prodotto assicurativo divergano dalle DC ÖKK LIVE, le disposizioni del presente prodotto assicurativo hanno la precedenza sulle DC ÖKK LIVE.

1.3 Scopo

ÖKK START corrisponde prestazioni in caso di trattamenti ambulatoriali e stazionari dovuti a malattia, infortunio e maternità nonché in caso di emergenze all'estero a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). ÖKK START corrisponde prestazioni prima di tutte le altre assicurazioni stipulate presso l'assicuratore secondo la LCA. Dei costi complessivi viene assunta al massimo la parte non coperta da un'altra assicurazione sociale. In presenza di più assicurazioni private, le prestazioni vengono fornite in via sussidiaria agli altri assicuratori. Se anche le condizioni di assicurazione di altri assicuratori privati prevedono una clausola di sussidiarietà, fanno stato le regole di coordinamento conformemente al punto 9.1.3 DC ÖKK LIVE.

Non è assicurata la partecipazione, compreso il contributo quotidiano, ai costi della degenza ospedaliera, a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

ÖKK START corrisponde prestazioni per
- trattamenti medici e cure odontoiatriche;
- psicoterapia eseguita da personale non medico;
- vasectomia e sterilizzazione;
- farmaci non obbligatori;
- trattamenti stazionari;
- emergenze all'estero;
- mezzi ausiliari;
- operazioni di trasporto, ricerca, salvataggio e recupero;
- soggiorni curativi;
- aiuto domestico.

1.4 Condizioni per le prestazioni

1.4.1 Prestazioni ambulatoriali

ÖKK START corrisponde prestazioni se il trattamento è indicato per ragioni mediche e se viene svolto da personale riconosciuto dall'assicuratore per tale trattamento, conformemente al punto 6.3.3 DC ÖKK LIVE.

1.4.2 Prestazioni stazionarie

ÖKK START corrisponde prestazioni se il trattamento è indicato per ragioni mediche e se avviene nel reparto comune di un ospedale dell'elenco ospedaliero o convenzionato. Il trattamento deve essere svolto da fornitori di prestazioni riconosciuti dall'assicuratore per tale trattamento, conformemente al punto 6.3.3 DC ÖKK LIVE. In altri ospedali sono assicurate prestazioni solo in caso di trattamenti acuti della portata stabilita dal punto 2.4.1.4.

1.5 Validità territoriale

Ove non concordato diversamente, ÖKK START corrisponde prestazioni in Svizzera.

1.6 Stipula dell'assicurazione

ÖKK START può essere stipulata fino al compimento dei 60 anni.

1.7 Durata dell'assicurazione

La durata dell'assicurazione di ÖKK START è di un anno. Se il contraente non disdice l'assicurazione entro il termine di preavviso ordinario, il contratto si rinnova tacitamente per un anno.

Se, oltre al modulo di base ÖKK START, vengono stipulati moduli complementari, la durata dell'assicurazione si prolunga conformemente al punto 4.3.2 delle DC ÖKK LIVE.

2. Prestazioni assicurative

2.1 Psicoterapia eseguita da personale non medico

2.1.1 Condizioni per le prestazioni

ÖKK START corrisponde prestazioni dopo l'approvazione della domanda di garanzia di assunzione dei costi da parte dell'assicuratore.

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

ÖKK START non corrisponde prestazioni per terapie di coppia in caso di problemi nelle relazioni interpersonali.

2.1.2 Entità delle prestazioni

ÖKK START corrisponde il 50% delle prestazioni, fino a CHF 1'000 per anno civile, per trattamenti psicoterapeutici eseguiti da personale non medico, a condizione che lo psicoterapeuta sia in possesso del permesso cantonale per la gestione autonoma di uno studio medico.

2.2 Vasectomia e sterilizzazione

ÖKK START corrisponde il 50% delle prestazioni, fino a CHF 1'000, per la sterilizzazione e la vasectomia di persone adulte.

2.3 Farmaci non obbligatori

ÖKK START corrisponde il 90% delle prestazioni, fino a CHF 20'000 per anno civile, per farmaci prescritti da medici (LAMal) che non figurano nell'Elenco dei medicamenti con tariffa (EMT), nell'Elenco delle specialità (ES) conformemente alla LAMal o nell'elenco dei farmaci non rimborsabili dell'assicuratore.

Nell'elenco dei farmaci non rimborsabili dell'assicuratore figurano tra l'altro
- tutti i preparati della lista LPFA;
- preparati lifestyle;
- nuovi farmaci non ancora classificati dall'UFSP.

2.4 Trattamento stazionario

2.4.1 Trattamento acuto

2.4.1.1 Condizioni per le prestazioni

ÖKK START corrisponde prestazioni se la persona assicurata deve essere ricoverata in ospedale ai sensi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

2.4.1.2 Entità delle prestazioni

A integrazione delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, ÖKK START si assume i costi del reparto comune di un ospedale dell'elenco ospedaliero o convenzionato in Svizzera.

2.4.1.3 Trattamento in un reparto ospedaliero di categoria superiore

Se il trattamento avviene in un reparto ospedaliero di categoria superiore rispetto a quello comune, sono coperti al massimo i costi che sarebbero risultati nel reparto comune. Se non è possibile determinare i costi, ÖKK START corrisponde un forfait di CHF 30 al giorno.

2.4.1.4 Trattamento in altri ospedali
Se il trattamento avviene in un ospedale che non figura nell'elenco degli ospedali o che non è convenzionato, ÖKK START corrisponde un forfait di CHF 30 al giorno.

2.4.2 Cura psichiatrica
In caso di degenza stazionaria in una clinica psichiatrica, di cura psichiatrica in un ospedale acuto o in una clinica specialistica (in ogni caso in istituti riconosciuti dall'assicuratore conformemente ai punti 6.1.8.1 e 6.1.8.2 DC ÖKK LIVE), ÖKK START si assume la copertura totale dei costi conformemente alle condizioni per trattamenti acuti (punto 2.4.1.2) per 90 giorni su un periodo di tre anni civili.

Se la cura dura più a lungo, per la cura nel reparto corrispondente vengono versati i seguenti forfait giornalieri: dal 91° al 180° giorno i costi effettivi, al massimo CHF 20 al giorno.

Le prestazioni vengono corrisposte per al massimo 180 giorni nel corso di tre anni civili.

2.4.3 Riabilitazione stazionaria
Se il trattamento medico avviene in una clinica di riabilitazione riconosciuta dall'assicuratore (conformemente ai punti 6.1.8.1 e 6.1.8.2 DC ÖKK LIVE), ÖKK START si assume la copertura totale dei costi per un massimo di 60 giorni per anno civile, conformemente alle condizioni per trattamenti acuti secondo il punto 2.4.1.2.

2.5 Emergenza all'estero
2.5.1 Trattamento medico in caso di emergenza all'estero
ÖKK START corrisponde prestazioni per un trattamento medico ambulatoriale in caso di emergenza nel corso di un soggiorno all'estero temporaneo.

2.5.2 Trattamento stazionario in caso di emergenza all'estero
ÖKK START corrisponde prestazioni per il trattamento stazionario nel reparto comune di un ospedale acuto in caso di emergenza nel corso di un soggiorno all'estero temporaneo finché il rimpatrio in Svizzera non è possibile per motivi medici.

2.5.3 Procedura in caso di degenza ospedaliera
In caso di trattamento stazionario, all'assicuratore deve essere inoltrata immediatamente, al più tardi tuttavia entro 10 giorni dal ricovero in ospedale, una domanda di garanzia di assunzione dei costi.

2.6 Mezzi ausiliari
2.6.1 Mezzi ausiliari per la vista
ÖKK START corrisponde prestazioni fino a CHF 80 per anno civile per lenti degli occhiali e lenti a contatto per la correzione della vista.
ÖKK START corrisponde prestazioni anche se le lenti degli occhiali e le lenti a contatto sono state acquistate all'estero.

2.6.2 Altri mezzi ausiliari
ÖKK START corrisponde il 50% delle prestazioni, fino a CHF 300 per anno civile, per mezzi ausiliari prescritti da medici (LAMal), per cui non sono previste prestazioni dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

I mezzi ausiliari devono essere riconosciuti dall'assicuratore. Su richiesta, è possibile visionare un relativo elenco. Non sono assicurati i costi dovuti a esercizio, manutenzione e riparazione di mezzi ausiliari.

2.7 Spese di trasporto, operazioni di soccorso e di salvataggio in casi di emergenza
2.7.1 Entità delle prestazioni
ÖKK START corrisponde prestazioni in caso di
- trasporti di emergenza necessari dal punto di vista medico fino all'ospedale adeguato più vicino;
- trasporti di rimpatrio in un ospedale adeguato del cantone di residenza per il trattamento stazionario e
- operazioni di soccorso e di salvataggio,

complessivamente fino a CHF 50'000 per anno civile.

Per le operazioni di rimpatrio ÖKK START corrisponde prestazioni solo se il rimpatrio viene organizzato dalla centrale di emergenza dell'assicuratore.

In caso di trasporti con veicoli aerei, ÖKK START corrisponde prestazioni se i trasporti sono necessari per ragioni mediche o tecniche.

2.7.2 Partecipazione individuale
La partecipazione individuale ammonta a CHF 100 per caso.

2.7.3 Operazioni di ricerca
ÖKK START corrisponde prestazioni fino a CHF 20'000 per anno civile per operazioni di ricerca, in aggiunta alle prestazioni in caso di soccorso e salvataggio.

2.7.4 Prestazioni di terzi
Non vi è alcuna copertura assicurativa per i costi coperti da una tassa sociale quale donatore o socio di una guardia aerea di salvataggio o di un'organizzazione paragonabile.

2.8 Spese di trasporto
ÖKK START corrisponde il 90% delle prestazioni, fino a CHF 100 per anno civile, per spese di trasporto con mezzi pubblici dal luogo di residenza al luogo di trattamento, se il trattamento non può avvenire nel luogo di residenza o nel raggio di 30 chilometri.

In aggiunta a tali costi, ÖKK START corrisponde il 90% delle prestazioni, fino a CHF 300 per anno civile, per spese di trasporto con mezzi pubblici dal luogo di residenza al luogo di trattamento a una persona assicurata che deve sottoporsi a dialisi, radioterapia o chemioterapia, se il trattamento non può avvenire nel luogo di residenza o nel raggio di 30 chilometri.

2.9 Soggiorni curativi
2.9.1 Cure di convalescenza
ÖKK START corrisponde prestazioni pari a CHF 50 al giorno, fino a 21 giorni per anno civile, per una cura di convalescenza prescritta dal medico e successiva a una degenza ospedaliera.

Vi è libera scelta tra gli istituti di cura con conduzione medica e riconosciuti dall'assicuratore. L'assicuratore tiene un elenco degli istituti di cura ammessi che può essere visionato su richiesta.

2.9.2 Cure balneari
ÖKK START corrisponde prestazioni pari a CHF 30 al giorno, fino a 21 giorni per anno civile.

Vi è libera scelta tra gli stabilimenti di cura balneare con conduzione medica e riconosciuti dall'assicuratore. L'assicuratore tiene un elenco degli stabilimenti di cura balneare ammessi che può essere visionato su richiesta.

Il contributo alle cure balneari viene corrisposto indipendentemente da se la persona assicurata soggiorni presso lo stabilimento di cura balneare oppure in un albergo, una pensione o presso privati nel luogo dello stabilimento di cura balneare.

L'assicuratore ha facoltà di richiedere una visita d'entrata da parte del medico dello stabilimento di cura balneare e un controllo conclusivo con rapporto finale da parte del medico che ha prescritto la cura.

2.9.3 Altre cure

Su richiesta, per altre cure prescritte dal medico (cure non contemplate ai punti 2.9.1 e 2.9.2) è possibile versare una somma forfettaria fino all'importo del contributo alle cure balneari conformemente al punto 2.9.2. Ciò si applica per cure in stabilimenti di cura balneare o di cura che non figurano nell'elenco dell'Ordinanza sulle prestazioni (OPre).

L'assicuratore ha facoltà di richiedere una visita d'entrata da parte del medico dello stabilimento di cura balneare e un controllo conclusivo con rapporto finale da parte del medico che ha prescritto la cura.

2.9.4 Procedura in caso di soggiorno di cura

La prescrizione medica per un soggiorno di cura, compresa la diagnosi, deve essere inviata all'assicuratore due settimane prima dell'inizio della cura. In caso di interruzione della cura è possibile assumere le spese parziali solo se l'interruzione è dovuta a malattia o ad altri motivi imperativi e dietro presentazione del relativo certificato del medico dello stabilimento.

2.9.5 Bagni termali

ÖKK START corrisponde il 50% dei costi, fino a dodici ingressi per anno civile, per cure in un bagno termale prescritte dal medico.

2.10 Aiuto domestico

2.10.1 Principio

In seguito a una degenza ospedaliera o a un parto in casa o ambulatoriale, ÖKK START versa contributi a organizzazioni esterne alla struttura ospedaliera che prestano aiuto domestico prescritto dal medico, se richiesto da circostanze domestiche e familiari.

2.10.2 Entità delle prestazioni

ÖKK START contribuisce ai costi di un aiuto domestico riconosciuto fino a CHF 40 al giorno, al massimo CHF 400 per anno civile.

In caso di degenza in una casa di cura non vengono corrisposte prestazioni.

2.10.3 Fornitori di prestazioni

Viene riconosciuto come aiuto domestico chi, di professione o per conto di un'organizzazione riconosciuta contrattualmente dall'assicuratore, svolge lavori domestici per la persona assicurata.

L'aiuto prestato da famigliari della persona assicurata viene riconosciuto se al famigliare risulta una perdita di guadagno dimostrabile.

2.11 Cure odontoiatriche

2.11.1 Visita di controllo e profilassi

ÖKK START corrisponde prestazioni fino a CHF 60 per anno civile per visite di controllo odontoiatriche comprensive di radiografie o profilassi dell'igiene orale di bambini e giovani fino al compimento dei 25 anni.

2.11.2 Trattamento ortodontico

Dopo un periodo di carenza di 3 anni dall'inizio dell'assicurazione, ÖKK START corrisponde il 70% delle prestazioni, fino al massimo a CHF 10'000 per anno civile, per trattamenti ortodontici di bambini e giovani fino al compimento dei 25 anni, secondo la tariffa riconosciuta.

2.11.3 Denti del giudizio

ÖKK START corrisponde il 90% delle prestazioni per l'estrazione ambulatoriale dei denti del giudizio.

2.11.4 Trattamento all'estero

ÖKK START corrisponde prestazioni anche se il trattamento avviene in un Paese confinante con la Svizzera. Sono considerati Paesi confinanti i Paesi che hanno un confine di stato con la Svizzera.

2.11.5 Tariffa

La determinazione delle prestazioni odontoiatriche dipende dal tariffario dei medici dentisti SSO (Società svizzera odontoiatri) attualmente in vigore. Esistono due strutture tariffali: la «tariffa LAMal» e la revisione della «tariffa odontoiatrica AINF/AM/AI». ÖKK START corrisponde prestazioni alla tariffa massima delle assicurazioni sociali (valore del punto e punti) della struttura tariffale utilizzata dal fornitore di prestazioni.

ÖKK START corrisponde prestazioni a complemento di quelle già erogate da cantoni e comuni. L'assicurazione corrisponde un contributo a complemento di tali prestazioni.

2.11.6 Procedura dopo cure odontoiatriche

All'assicuratore deve essere presentata immediatamente una fattura originale dettagliata, al più tardi tuttavia entro 30 giorni dalla fatturazione.

ÖKK OSPEDALE

ÖKK Versicherungen AG, edizione 1.1.2023

INDICE

1.	**Fondamenti assicurativi**	**23**
1.1	Ente assicuratore	23
1.2	Disposizioni comuni	23
1.3	Scopo	23
1.4	Condizioni per le prestazioni	23
1.5	Validità territoriale	23
1.6	Stipula dell'assicurazione	23
1.7	Durata dell'assicurazione	23
1.8	Varianti assicurative proposte	23
1.9	Copertura contro gli infortuni	23
2.	**Prestazioni assicurative**	**23**
2.1	Trattamento acuto	23
2.2	Cura psichiatrica	24
2.3	Riabilitazione stazionaria	24
2.4	Prestazioni all'estero	24
2.5	Spese di trasporto, operazioni di soccorso e di salvataggio in casi di emergenza	24
2.6	Spese di trasporto	24
2.7	Rimborso nei livelli di prestazione ÖKK OSPEDALE SEMI PRIVATA, ÖKK OSPEDALE PRIVATA e ÖKK OSPEDALE MONDO	24
2.8	Partecipazione ai costi nei livelli di prestazione ÖKK OSPEDALE FLEX MINI e ÖKK OSPEDALE FLEX	25

1. Fondamenti assicurativi

1.1 Ente assicuratore

L'ente assicuratore è ÖKK Versicherungen AG, Landquart (in seguito: assicuratore).

1.2 Disposizioni comuni

Le Disposizioni comuni ÖKK LIVE (DC ÖKK LIVE) sono parte integrante delle disposizioni del presente prodotto assicurativo. Qualora le disposizioni del presente prodotto assicurativo divergano dalle DC ÖKK LIVE, le disposizioni del presente prodotto assicurativo hanno la precedenza sulle DC ÖKK LIVE.

1.3 Scopo

ÖKK OSPEDALE corrisponde prestazioni in caso di trattamenti stazionari dovuti a malattia, infortunio e maternità nonché in caso di emergenze all'estero.

ÖKK OSPEDALE corrisponde prestazioni anche in caso di operazioni di trasporto, ricerca, salvataggio e recupero.

ÖKK OSPEDALE eroga contributi a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Dei costi complessivi viene assunta al massimo la parte non coperta da un'altra assicurazione sociale o dal modulo di base ÖKK START. In caso di obbligo di prestazione di più assicuratori privati, si applicano le regole di coordinamento conformemente alla cifra 9.1.3 DC ÖKK LIVE.

Non è assicurata la partecipazione, compreso il contributo quotidiano, ai costi della degenza ospedaliera, a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

1.4 Condizioni per le prestazioni

ÖKK OSPEDALE corrisponde prestazioni se il trattamento è indicato per ragioni mediche e se avviene in un ospedale dell'elenco ospedaliero o convenzionato. Il trattamento deve essere svolto da fornitori di prestazioni riconosciuti dall'assicuratore per tale trattamento, conformemente al punto 6.3.3 DC ÖKK LIVE. In altri ospedali sono assicurate prestazioni solo in caso di trattamenti acuti nella misura stabilita dal punto 2.1.4.

1.5 Validità territoriale

Ove non concordato diversamente, ÖKK OSPEDALE corrisponde prestazioni in Svizzera.

1.6 Stipula dell'assicurazione

ÖKK OSPEDALE può essere stipulata fino al compimento dei 60 anni.

1.7 Durata dell'assicurazione

La durata dell'assicurazione di ÖKK OSPEDALE è di tre anni e il contratto si rinnova tacitamente per un anno se il contraente non disdice l'assicurazione entro il termine di preavviso ordinario.

1.8 Varianti assicurative proposte

ÖKK OSPEDALE propone i seguenti livelli di prestazione:

ÖKK OSPEDALE FLEX MINI:	Reparto comune o semiprivato in Svizzera; secondo la tariffa riconosciuta dall'assicuratore; con rispettiva partecipazione ai costi
ÖKK OSPEDALE FLEX:	Reparto comune, semiprivato o privato in Svizzera; secondo la tariffa riconosciuta dall'assicuratore; con rispettiva partecipazione ai costi
ÖKK OSPEDALE SEMI PRIVATA:	Reparto semiprivato in Svizzera (camera doppia); secondo la tariffa riconosciuta dall'assicuratore
ÖKK OSPEDALE PRIVATA:	Reparto privato in Svizzera (camera singola); secondo la tariffa riconosciuta dall'assicuratore
ÖKK OSPEDALE MONDO:	Reparto privato in tutto il mondo (camera singola)

Per tutti i livelli di prestazione vale inoltre la condizione che le prestazioni di altri ospedali (che non figurano nell'elenco ospedaliero/non convenzionati) sono assicurate solo in caso di trattamenti acuti nella misura stabilita dal punto 2.1.4.

Se un ospedale non ha criteri di classificazione per i reparti ospedalieri oppure ha criteri diversi rispetto a quelli indicati nelle presenti condizioni, dal punto di vista assicurativo questi vengono considerati alla stregua di reparti privati. Per il reparto comune e semiprivato l'assicuratore può determinare delle tariffe massime che servono da criterio di classificazione nei reparti ospedalieri assicurati.

Tali tariffe massime si orientano alle tariffe e alle convenzioni di un ospedale paragonabile dell'elenco ospedaliero o convenzionato situato nella regione di residenza della persona assicurata e/o a ospedali con un'entità di prestazioni supplementari paragonabile. Per valutare l'entità delle prestazioni vengono considerate le prestazioni mediche e cliniche, nonché le prestazioni alberghiere e le prestazioni riferite al comfort, che si orientano alle tariffe standard del mercato.

È possibile richiedere all'assicuratore le eventuali tariffe massime da lui fissate.

1.9 Copertura contro gli infortuni

È possibile escludere la copertura contro gli infortuni.

2. Prestazioni assicurative

2.1 Trattamento acuto

2.1.1 Condizioni per le prestazioni

ÖKK OSPEDALE corrisponde prestazioni se la persona assicurata deve essere ricoverata in ospedale ai sensi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

2.1.2 Entità delle prestazioni

In caso di degenza ospedaliera, ÖKK OSPEDALE assume i costi del reparto ospedaliero assicurato in base al livello di prestazione scelto (punto 1.8).
In caso di trattamenti nel reparto semiprivato o privato vi è libera scelta del medico.

2.1.3 Trattamento in un reparto ospedaliero di categoria superiore

Se il trattamento di una persona assicurata con ÖKK OSPEDALE SEMI PRIVATA oppure ÖKK OSPEDALE FLEX MINI avviene in un reparto ospedaliero di categoria superiore rispetto a quello assicurato, sono coperti al massimo i costi che sarebbero risultati nel reparto assicurato. Se non è possibile determinare i costi, ÖKK OSPEDALE corrisponde un forfait di CHF 90 al giorno.

2.1.4 Trattamento in altri ospedali

Se il trattamento avviene in un ospedale che non figura nell'elenco degli ospedali o che non è convenzionato, sono coperti i costi seguenti:

Con ÖKK OSPEDALE FLEX MINI / ÖKK OSPEDALE FLEX / ÖKK OSPEDALE SEMI PRIVATA / ÖKK OSPEDALE PRIVATA:	i costi supplementari che sarebbero risultati in caso di ricovero in un ospedale dell'elenco ospedaliero nel cantone di residenza paragonando il reparto comune al reparto assicurato e scelto
Con ÖKK OSPEDALE MONDO:	copertura integrale dei costi

2.1.5 Costi del trattamento stazionario alla nascita di un bambino
ÖKK OSPEDALE copre i costi scoperti di un parto in ospedale per la madre e per il neonato in base al livello di prestazione stipulato dalla madre.

Se il neonato non è assicurato presso l'assicuratore, l'assicurazione della madre ÖKK OSPEDALE assume i costi scoperti dopo che l'eventuale assicurazione del bambino ha erogato la prestazione che le compete.

2.1.6 Secondo parere medico
Prima di un intervento pianificato, la persona assicurata può richiedere un secondo parere (second opinion) di un medico o di uno specialista a spese dell'assicuratore.

2.2 Cura psichiatrica
In caso di degenza stazionaria in una clinica psichiatrica, di una cura psichiatrica in un ospedale acuto o in una clinica specialistica (in ogni caso in istituti riconosciuti dall'assicuratore), ÖKK OSPEDALE si assume la copertura totale dei costi conformemente alle condizioni per trattamenti acuti (punto 2.1.2) per 90 giorni su un periodo di tre anni civili.

Se la cura dura più a lungo, per la cura nel reparto corrispondente vengono versati i seguenti forfait giornalieri:

	dal 91º al 180º giorno / al giorno
ÖKK OSPEDALE FLEX MINI:	CHF 50
ÖKK OSPEDALE FLEX:	CHF 50
ÖKK OSPEDALE SEMI PRIVATA:	CHF 50
ÖKK OSPEDALE PRIVATA:	CHF 70
ÖKK OSPEDALE MONDO:	CHF 90

In caso di cura nel reparto assicurato, queste prestazioni vengono corrisposte per al massimo 180 giorni nel corso di tre anni civili.

Se la cura avviene in un reparto inferiore rispetto a quello assicurato, le prestazioni dipendono dalla variante per il reparto in cui avviene la cura.

2.3 Riabilitazione stazionaria
Se il trattamento medico avviene in una clinica di riabilitazione riconosciuta dall'assicuratore, ÖKK OSPEDALE si assume la copertura totale dei costi per un massimo di 60 giorni per anno civile, conformemente alle condizioni per trattamenti acuti fissate al punto 2.1.2.

2.4 Prestazioni all'estero
2.4.1 In casi di emergenza
ÖKK OSPEDALE si assume i costi per il trattamento stazionario di emergenza in un ospedale acuto nel corso di un soggiorno temporaneo all'estero fino alla copertura integrale dei costi nel reparto ospedaliero assicurato.

Le prestazioni vengono fornite finché il rimpatrio non è ritenuto opportuno.

2.4.2 Trattamento a scelta all'estero
Le prestazioni di ÖKK OSPEDALE MONDO vengono fornite anche se la persona assicurata si reca all'estero con l'intenzione di sottoporsi al trattamento.

2.4.3 Procedura in caso di degenza ospedaliera
In caso di trattamento stazionario, all'assicuratore deve essere inoltrata immediatamente, al più tardi tuttavia entro 10 giorni dal ricovero in ospedale, una domanda di garanzia di assunzione dei costi.

In caso di trattamento stazionario a scelta, all'assicuratore deve essere presentata a priori una domanda di garanzia di assunzione dei costi.

2.5 Spese di trasporto, operazioni di soccorso e di salvataggio in casi di emergenza
2.5.1 Entità delle prestazioni
In caso di
- trasporti di emergenza necessari dal punto di vista medico fino all'ospedale adeguato più vicino;
- trasporti di rimpatrio in un ospedale adeguato del cantone di residenza per il trattamento stazionario;
- operazioni di soccorso e di salvataggio,

ÖKK OSPEDALE versa i seguenti contributi:

ÖKK OSPEDALE FLEX:	CHF 30'000 per anno civile
ÖKK OSPEDALE SEMI PRIVATA:	CHF 30'000 per anno civile
ÖKK OSPEDALE PRIVATA:	CHF 30'000 per anno civile
ÖKK OSPEDALE MONDO:	CHF 100'000 per anno civile

Per le operazioni di rimpatrio ÖKK OSPEDALE corrisponde prestazioni solo se il rimpatrio viene organizzato dalla centrale di emergenza dell'assicuratore.

In caso di trasporti con veicoli aerei, ÖKK OSPEDALE corrisponde prestazioni se i trasporti sono necessari per ragioni mediche.

2.5.2 Operazioni di ricerca
ÖKK OSPEDALE corrisponde prestazioni nei livelli di prestazione ÖKK OSPEDALE FLEX, ÖKK OSPEDALE SEMI PRIVATA, ÖKK OSPEDALE PRIVATA e ÖKK OSPEDALE MONDO in caso di operazioni di ricerca fino a CHF 10'000 per anno civile, in aggiunta ai costi in caso di soccorso e salvataggio.

2.5.3 Prestazioni di terzi
Non vi è alcuna copertura assicurativa per i costi coperti da una tassa sociale quale donatore o socio di una guardia aerea di salvataggio o di un'organizzazione paragonabile.

2.6 Spese di trasporto
ÖKK OSPEDALE FLEX, ÖKK OSPEDALE SEMI PRIVATA, ÖKK OSPEDALE PRIVATA e ÖKK OSPEDALE MONDO corrispondono il 90% delle prestazioni, fino a CHF 300 per anno civile, per spese di trasporto con mezzi pubblici dal luogo di residenza al luogo di trattamento, se il trattamento non può avvenire nel luogo di residenza o nel raggio di 30 chilometri.

In aggiunta ai costi menzionati, ÖKK OSPEDALE FLEX, ÖKK OSPEDALE SEMI PRIVATA, ÖKK OSPEDALE PRIVATA e ÖKK OSPEDALE MONDO corrispondono il 90% delle prestazioni, fino a CHF 300 per anno civile, per spese di trasporto con mezzi pubblici dal luogo di residenza al luogo di trattamento a una persona assicurata che deve sottoporsi a dialisi, radioterapia o chemioterapia, se il trattamento non può avvenire nel luogo di residenza o nel raggio di 30 chilometri.

2.7 Rimborso nei livelli di prestazione ÖKK OSPEDALE SEMI PRIVATA, ÖKK OSPEDALE PRIVATA e ÖKK OSPEDALE MONDO
ÖKK OSPEDALE SEMI PRIVATA, ÖKK OSPEDALE PRIVATA e ÖKK OSPEDALE MONDO corrispondono un rimborso a persone assicurate a partire da 16 anni compiuti in caso di scelta di un reparto ospedaliero più conveniente in un ospedale acuto in Svizzera. La scelta di un reparto ospedaliero più conveniente deve essere comunicata all'assicuratore.

ÖKK OSPEDALE SEMI PRIVATA:	reparto comune: CHF 300 al giorno
ÖKK OSPEDALE PRIVATA /	reparto comune: CHF 400 al giorno
ÖKK OSPEDALE MONDO:	reparto semiprivato: CHF 200 al giorno

I contributi possono essere adeguati all'andamento delle spese ospedaliere. In caso di riduzione dei contributi si applica il diritto di recesso conformemente al punto 8.2 DC ÖKK LIVE.

2.8 Partecipazione ai costi nei livelli di prestazione ÖKK OSPEDALE FLEX MINI e ÖKK OSPEDALE FLEX

2.8.1 Entità della partecipazione ai costi

La persona assicurata sceglie il reparto ospedaliero prima del ricovero. Con la scelta si determina anche la partecipazione ai costi.

Per il livello ÖKK OSPEDALE FLEX MINI vengono riscosse le seguenti partecipazioni ai costi:

Reparto del trattamento:	Partecipazione ai costi per anno civile:
Reparto comune	nessuna
Reparto semiprivato	35%, fino a max. CHF 4'500

La partecipazione ai costi vale anche in caso di maternità.

Per il livello ÖKK OSPEDALE FLEX vengono riscosse le seguenti partecipazioni ai costi:

Reparto del trattamento:	Partecipazione ai costi per anno civile:
Reparto comune	nessuna
Reparto semiprivato	15%, fino a max. CHF 1'500
Reparto privato	25%, fino a max. CHF 4'500

La partecipazione ai costi vale anche in caso di maternità.

La partecipazione ai costi obbligatoria per legge dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie viene riscossa in aggiunta.

2.8.2 Partecipazione ai costi massima per le famiglie

Se due o più persone indicate sulla stessa polizza assicurativa sono assicurate nei livelli di prestazione ÖKK OSPEDALE FLEX MINI o ÖKK OSPEDALE FLEX, è possibile chiedere all'assicuratore il rimborso delle partecipazioni ai costi che superano complessivamente l'importo di CHF 4'500 per anno civile.

ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA

ÖKK Versicherungen AG, edizione 1.1.2018

INDICE

1.	**Fondamenti assicurativi**	**27**
1.1	Ente assicuratore	27
1.2	Disposizioni comuni	27
1.3	Scopo	27
1.4	Condizioni per le prestazioni	27
1.5	Validità territoriale	27
1.6	Stipula dell'assicurazione	27
1.7	Durata dell'assicurazione	27
2.	**Prestazioni assicurative**	**27**
2.1	Trattamento stazionario	27
2.2	Spese di trasporto, operazioni di soccorso e di salvataggio in casi di emergenza	27
2.3	Spese di trasporto	28
2.4	Trattamento medico di conseguenze di infortuni	28
2.5	Mezzi ausiliari	28

1. Fondamenti assicurativi

1.1 Ente assicuratore

L'ente assicuratore è ÖKK Versicherungen AG, Landquart (in seguito: assicuratore).

1.2 Disposizioni comuni

Le Disposizioni comuni ÖKK LIVE (DC ÖKK LIVE) sono parte integrante delle disposizioni del presente prodotto assicurativo. Qualora le disposizioni del presente prodotto assicurativo divergano dalle DC ÖKK LIVE, le disposizioni del presente prodotto assicurativo hanno la precedenza sulle DC ÖKK LIVE.

1.3 Scopo

In caso di infortunio, ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA corrisponde prestazioni per trattamenti stazionari, spese di viaggio al luogo del trattamento medico, operazioni di ricerca e spese di trasporto.

ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA corrisponde prestazioni a complemento dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Dei costi complessivi viene assunta al massimo la parte non coperta da un'altra assicurazione sociale. In presenza di più assicurazioni private, le prestazioni vengono fornite in via sussidiaria agli altri assicuratori. Se anche le condizioni di assicurazione di altri assicuratori privati prevedono una clausola di sussidiarietà, fanno stato le regole di coordinamento conformemente al punto 9.1.3 DC ÖKK LIVE. Se presso l'assicuratore sono in essere altre assicurazioni che includono prestazioni per trattamenti ambulatoriali o stazionari, le prestazioni di tali assicurazioni hanno la precedenza su quelle di ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA.

Non è assicurata la partecipazione, compreso il contributo quotidiano, ai costi della degenza ospedaliera, a carico dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

1.4 Condizioni per le prestazioni

ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA corrisponde prestazioni se il trattamento è indicato per ragioni mediche e se viene svolto da personale riconosciuto dall'assicuratore per tale trattamento, conformemente al punto 6.3.3 DC ÖKK LIVE.

ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA corrisponde prestazioni per trattamenti stazionari se questi avvengono in un ospedale convenzionato o riportato nell'elenco ospedaliero. In nessun caso vengono corrisposte prestazioni per cure psichiatriche.

Se il trattamento avviene in un ospedale non rientrante nell'elenco ospedaliero e non convenzionato, ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA corrisponde prestazioni per l'ammontare dei costi supplementari del reparto privato rispetto al reparto comune di un ospedale dell'elenco ospedaliero nel cantone di residenza della persona assicurata. In caso di emergenza vi è una copertura integrale dei costi.

Un infortunio e le relative conseguenze sono assicurati se l'infortunio si è verificato nel corso della durata della copertura assicurativa.

1.5 Validità territoriale

ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA corrisponde prestazioni in Svizzera, in caso di emergenza in tutto il mondo.

1.6 Stipula dell'assicurazione

ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA può essere stipulata fino al compimento dei 60 anni.

1.7 Durata dell'assicurazione

La durata dell'assicurazione di ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA è di un anno. Il contratto si rinnova tacitamente per un anno se il contraente non disdice l'assicurazione entro il termine di preavviso ordinario.

2. Prestazioni assicurative

2.1 Trattamento stazionario

2.1.1 Trattamento acuto

ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA si assume i costi del reparto privato in caso di degenza ospedaliera.

2.1.2 Riabilitazione stazionaria

Se il trattamento medico avviene in una clinica di riabilitazione riconosciuta dall'assicuratore, ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA corrisponde la copertura totale dei costi per un massimo di 60 giorni per anno civile, conformemente alle condizioni per trattamenti in ospedale secondo il punto 2.1.1.

2.1.3 Prestazioni all'estero

2.1.3.1 In casi di emergenza

ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA si assume i costi per il trattamento stazionario di emergenza in un ospedale acuto nel corso di un soggiorno all'estero temporaneo fino alla copertura integrale dei costi nel reparto privato.

Le prestazioni vengono fornite finché il rimpatrio in Svizzera non è possibile per motivi medici.

2.1.3.2 Procedura in caso di degenza ospedaliera

All'assicuratore deve essere inoltrata immediatamente, al più tardi tuttavia entro dieci giorni dal ricovero in ospedale, una domanda di garanzia di assunzione dei costi.

2.2 Spese di trasporto, operazioni di soccorso e di salvataggio in casi di emergenza

2.2.1 Entità delle prestazioni

ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA corrisponde prestazioni in caso di

- trasporti di emergenza necessari dal punto di vista medico fino all'ospedale adeguato più vicino;
- trasporti di rimpatrio in un ospedale adeguato del cantone di residenza per il trattamento stazionario e
- operazioni di soccorso e di salvataggio,

complessivamente fino a CHF 50'000 per anno civile.

Per le operazioni di rimpatrio ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA corrisponde prestazioni solo se il rimpatrio viene organizzato dalla centrale di emergenza dell'assicuratore.

In caso di trasporti con veicoli aerei, ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA corrisponde prestazioni se il trasporto è necessario per ragioni mediche o tecniche.

2.2.2 Operazioni di ricerca

ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA corrisponde prestazioni fino a CHF 10'000 per anno civile per operazioni di ricerca, in aggiunta ai costi di soccorso o salvataggio.

2.2.3 Prestazioni di terzi

Non vi è alcuna copertura assicurativa per i costi coperti da una tassa sociale quale donatore o socio di una guardia aerea di salvataggio o di un'organizzazione paragonabile.

2.3 Spese di trasporto

ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA corrisponde il 90% delle prestazioni, fino a CHF 300 per anno civile, per spese di trasporto con mezzi pubblici dal luogo di residenza al luogo di trattamento, se il trattamento non può avvenire nel luogo di residenza o nel raggio di 30 chilometri.

2.4 Trattamento medico di conseguenze di infortuni

2.4.1 Trattamento da parte di medici non assoggettati alla LAMal

In caso di trattamenti eseguiti da medici non assoggettati alla LAMal, ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA rimborsa prestazioni conformemente alla tariffa LAMal.

2.4.2 Consulto privato presso medici di ospedali non assoggettati alla LAMal

Per consulti ambulatoriali privati presso medici di ospedali universitari non assoggettati alla LAMal, ÖKK OSPEDALE INFORTUNI PRIVATA rimborsa prestazioni conformemente alla tariffa LAMal riconosciuta.

2.5 Mezzi ausiliari

In seguito a una degenza ospedaliera dovuta a infortunio, i mezzi ausiliari necessari per il trattamento delle conseguenze da infortunio vengono assunti secondo la prassi dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni.

Vengono assunti anche i costi per i mezzi ausiliari che sostituiscono una parte del corpo o una sua funzione. Ciò si applica tuttavia solo se i mezzi ausiliari sono stati danneggiati in seguito a un infortunio che richiede un trattamento in ospedale.

Vengono assunti complessivamente fino a CHF 30'000 per anno civile.

ÖKK NATURA

ÖKK Versicherungen AG, edizione 1.1.2018

INDICE

1.	**Fondamenti assicurativi**	**30**
1.1	Ente assicuratore	30
1.2	Disposizioni comuni	30
1.3	Scopo	30
1.4	Condizioni per le prestazioni	30
1.5	Validità territoriale	30
1.6	Stipula dell'assicurazione	30
1.7	Durata dell'assicurazione	30
1.8	Varianti assicurative proposte	30
2.	**Prestazioni assicurative**	**30**
2.1	Trattamento di medicina alternativa	30
2.2	Trattamenti medici a scelta all'estero	30
2.3	Rimedi naturali	30
2.4	Mezzi ausiliari per la vista	31
2.5	Intervento laser agli occhi	31

1. Fondamenti assicurativi

1.1 Ente assicuratore

L'ente assicuratore è ÖKK Versicherungen AG, Landquart (in seguito: assicuratore).

1.2 Disposizioni comuni

Le Disposizioni comuni ÖKK LIVE (DC ÖKK LIVE) sono parte integrante delle disposizioni del presente prodotto assicurativo. Qualora le disposizioni del presente prodotto assicurativo divergano dalle DC ÖKK LIVE, le disposizioni del presente prodotto assicurativo hanno la precedenza sulle DC ÖKK LIVE.

1.3 Scopo

ÖKK NATURA corrisponde prestazioni per trattamenti ambulatoriali di medicina alternativa, per trattamenti medici all'estero, per rimedi naturali e rimborsa le prestazioni per mezzi ausiliari per la vista e per un intervento laser agli occhi.

ÖKK NATURA corrisponde tali contributi a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Dei costi complessivi viene assunta al massimo la parte non coperta da un'altra assicurazione sociale o dal modulo di base ÖKK START. In presenza di più assicurazioni private, le prestazioni vengono fornite in via sussidiaria agli altri assicuratori. Se anche le condizioni di assicurazione di altri assicuratori privati prevedono una clausola di sussidiarietà, fanno stato le regole di coordinamento conformemente al punto 9.1.3 DC ÖKK LIVE.

Non sono assicurate le partecipazioni ai costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

1.4 Condizioni per le prestazioni

ÖKK NATURA corrisponde prestazioni se il trattamento è indicato per ragioni mediche e se viene svolto da personale riconosciuto dall'assicuratore per tale trattamento, conformemente al punto 6.3.3 DC ÖKK LIVE.

1.5 Validità territoriale

ÖKK NATURA corrisponde prestazioni in Svizzera e, dove indicato, anche all'estero.

1.6 Stipula dell'assicurazione

ÖKK NATURA può essere stipulata fino al compimento dei 60 anni.

1.7 Durata dell'assicurazione

La durata dell'assicurazione di ÖKK NATURA è di tre anni e il contratto si rinnova tacitamente per un anno se il contraente non disdice l'assicurazione entro il termine di preavviso ordinario.

1.8 Varianti assicurative proposte

ÖKK NATURA propone i seguenti livelli di prestazione:
- ÖKK NATURA MINI
- ÖKK NATURA MIDI
- ÖKK NATURA PLUS

2. Prestazioni assicurative

2.1 Trattamento di medicina alternativa

2.1.1 Metodi terapeutici riconosciuti

Nel quadro del livello di prestazione scelto, per trattamenti ambulatoriali di medicina alternativa ÖKK NATURA corrisponde le seguenti prestazioni per anno civile:

ÖKK NATURA MINI 80%, fino a CHF 1'000 (con una franchigia di CHF 300)
ÖKK NATURA MIDI 80%, fino a CHF 5'000 (con una franchigia di CHF 300)
ÖKK NATURA PLUS 80%, fino a CHF 10'000 (con una franchigia di CHF 300)

ÖKK NATURA PLUS corrisponde prestazioni anche se il trattamento avviene in un Paese confinante con la Svizzera. Sono considerati Paesi confinanti i Paesi che hanno un confine di stato con la Svizzera.

Il presupposto per un'assunzione delle prestazioni che il metodo terapeutico (per esempio branche specifiche della medicina tradizionale cinese, pratiche fitoterapiche) e il terapeuta o medico siano riconosciuti dall'assicuratore. A questo scopo l'assicuratore tiene degli elenchi che, su richiesta, possono essere visionati.

Non si corrispondono prestazioni per trattamenti paralleli di medicina alternativa dai quali non ci si aspetta alcun beneficio.

Il diritto massimo a prestazioni per anno civile si calcola dall'importo residuoche supera la franchigia.

2.1.2 Altri metodi terapeutici

Per altri trattamenti ambulatoriali di medicina alternativa eseguiti da persone qualificate, ÖKK NATURA corrisponde le seguenti prestazioni per anno civile:

ÖKK NATURA MINI nessuna prestazione
ÖKK NATURA MIDI 50%, fino a CHF 500
ÖKK NATURA PLUS 50%, fino a CHF 1'000

ÖKK NATURA PLUS corrisponde prestazioni anche se il trattamento avviene in un Paese confinante con la Svizzera. Sono considerati Paesi confinanti i Paesi che hanno un confine di stato con la Svizzera.

Se ÖKK NATURA PLUS viene stipulata e gestita insieme a ÖKK OSPEDALE MONDO, ÖKK NATURA PLUS corrisponde prestazioni in tutto il mondo.

È fatta salva la verifica dell'indicazione medica e della qualifica di terapeuti e medici da parte dell'assicuratore.

Non si corrispondono prestazioni per trattamenti paralleli di medicina alternativa dai quali non ci si aspetta alcun beneficio.

2.1.3 Trattamenti non assicurati

ÖKK NATURA non corrisponde prestazioni per trattamenti wellness, lifestyle e di prevenzione.

2.2 Trattamenti medici a scelta all'estero

In caso di trattamenti ambulatoriali di medicina tradizionale eseguiti da medici all'estero, ÖKK NATURA corrisponde per anno civile:

ÖKK NATURA MINI nessuna prestazione
ÖKK NATURA MIDI nessuna prestazione
ÖKK NATURA PLUS 80%, fino a CHF 5'000 (con una franchigia di CHF 300)

Il diritto massimo a prestazioni per anno civile si calcola dall'importo residuo che supera la franchigia.

2.3 Rimedi naturali

Per i rimedi naturali fitoterapici, omeopatici e antroposofici e le oligosoluzioni che non figurano nell'elenco dei farmaci non rimborsabili dell'assicuratore, ÖKK NATURA corrisponde le seguenti prestazioni per anno civile:

ÖKK NATURA MINI 80%, max. CHF 300
ÖKK NATURA MIDI 80%, max. CHF 2'000
ÖKK NATURA PLUS 80%, max. CHF 4'000

Su richiesta, l'elenco dei farmaci non rimborsabili può essere visionato presso l'assicuratore.

ÖKK NATURA PLUS corrisponde prestazioni anche se l'acquisto del rimedio avviene in un Paese confinante con la Svizzera. Sono considerati Paesi confinanti i Paesi che hanno un confine di stato con la Svizzera.

Se ÖKK NATURA PLUS viene stipulata e gestita insieme a ÖKK OSPEDALE MONDO, ÖKK NATURA PLUS corrisponde prestazioni in tutto il mondo.

2.4 Mezzi ausiliari per la vista

In aggiunta a ÖKK START, per lenti degli occhiali e lenti a contatto per la correzione della vista ÖKK NATURA corrisponde le seguenti prestazioni per anno civile:

ÖKK NATURA MINI	nessuna prestazione
ÖKK NATURA MIDI	CHF 80
ÖKK NATURA PLUS	CHF 200

La prestazione è cumulabile su due anni civili se nell'anno precedente nel livello di prestazione assicurato non sono state conteggiate prestazioni.

ÖKK NATURA corrisponde prestazioni anche se le lenti degli occhiali e le lenti a contatto sono state acquistate all'estero.

2.5 Intervento laser agli occhi

Nel livello di prestazione ÖKK NATURA PLUS, dopo un periodo di carenza di tre anni ÖKK NATURA corrisponde un contributo una tantum fino a CHF 500. Questa partecipazione è intesa come contributo all'intervento laser agli occhi per la correzione della vista di adulti a partire da 18 anni compiuti.

ÖKK NATURA corrisponde prestazioni anche se il trattamento avviene all'estero.

ÖKK PREVENZIONE

ÖKK Versicherungen AG, edizione 1.1.2018

INDICE

1.	**Fondamenti assicurativi**	**33**
1.1	Ente assicuratore	33
1.2	Disposizioni comuni	33
1.3	Scopo	33
1.4	Condizioni per le prestazioni	33
1.5	Validità territoriale	33
1.6	Stipula dell'assicurazione	33
1.7	Durata dell'assicurazione	33
2.	**Prestazioni assicurative**	**33**
2.1	Screening ginecologico	33
2.2	Check up	33
2.3	Vaccinazione	33
2.4	Conto della salute	33

1. Fondamenti assicurativi

1.1 Ente assicuratore

L'ente assicuratore è ÖKK Versicherungen AG, Landquart (in seguito: assicuratore).

1.2 Disposizioni comuni

Le Disposizioni comuni ÖKK LIVE (DC ÖKK LIVE) sono parte integrante delle disposizioni del presente prodotto assicurativo. Qualora le disposizioni del presente prodotto assicurativo divergano dalle DC ÖKK LIVE, le disposizioni del presente prodotto assicurativo hanno la precedenza sulle DC ÖKK LIVE.

1.3 Scopo

ÖKK PREVENZIONE corrisponde contributi per screening ginecologici, check up e vaccinazioni. È inoltre possibile ottenere dei contributi per determinate misure preventive da un conto della salute.

ÖKK PREVENZIONE corrisponde tali contributi a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Dei costi complessivi viene assunta al massimo la parte non coperta da un'altra assicurazione sociale o dal modulo di base ÖKK START. In presenza di più assicurazioni private, le prestazioni vengono fornite in via sussidiaria agli altri assicuratori. Se anche le condizioni di assicurazione di altri assicuratori privati prevedono una clausola di sussidiarietà, fanno stato le regole di coordinamento conformemente al punto 9.1.3 DC ÖKK LIVE.

Non sono assicurate le partecipazioni ai costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

1.4 Condizioni per le prestazioni

ÖKK PREVENZIONE corrisponde prestazioni in caso di trattamenti ambulatoriali eseguiti da personale riconosciuto dall'assicuratore per tale trattamento, conformemente al punto 6.3.3 DC ÖKK LIVE.

1.5 Validità territoriale

ÖKK PREVENZIONE corrisponde prestazioni in Svizzera se non vi sono disposizioni di tenore diverso.

1.6 Stipula dell'assicurazione

ÖKK PREVENZIONE può essere stipulata fino al compimento dei 60 anni.

1.7 Durata dell'assicurazione

La durata dell'assicurazione di ÖKK PREVENZIONE è di tre anni e il contratto si rinnova tacitamente per un anno se il contraente non disdice l'assicurazione entro il termine di preavviso ordinario.

2. Prestazioni assicurative

2.1 Screening ginecologico

Per anno civile, ÖKK PREVENZIONE si assume il 90% dei costi di uno screening ginecologico secondo la LAMal, alla tariffa LAMal, se nell'anno civile in corso l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie non ha corrisposto prestazioni per un esame preventivo corrispondente.

2.2 Check up

ÖKK PREVENZIONE corrisponde il 90% dei costi, fino a CHF 300 per anno civile, per check up medici (dichiarati coerentemente sulla fattura dal medico curante).

Su richiesta, presso l'assicuratore è possibile visionare la descrizione di un check up.

2.3 Vaccinazione

ÖKK PREVENZIONE corrisponde il 90% dei costi, fino a CHF 200 per anno civile, per vaccinazioni mediche riconosciute se non sono state assunte rispettive prestazioni dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

2.4 Conto della salute

ÖKK PREVENZIONE corrisponde il 50% dei costi, fino a CHF 300 per anno civile, per determinate misure preventive negli ambiti alimentazione, movimento, famiglia e prevenzione. L'assicuratore tiene un elenco delle singole misure preventive riconosciute suddivise per ambito. Tale elenco può essere visionato in ogni momento.

Il contributo a singole misure preventive riconosciute all'interno di un ambito può essere limitato.

Se si ricorre a misure preventive di diversi ambiti, ÖKK PREVENZIONE corrisponde complessivamente al massimo CHF 500 per anno civile.

ÖKK SMILE

ÖKK Versicherungen AG, edizione 1.1.2018

INDICE

1.	**Fondamenti assicurativi**	**35**
1.1	Ente assicuratore	35
1.2	Disposizioni comuni	35
1.3	Scopo	35
1.4	Condizioni per le prestazioni	35
1.5	Validità territoriale	35
1.6	Stipula dell'assicurazione	35
1.7	Durata dell'assicurazione	35
1.8	Varianti assicurative proposte	35
2.	**Prestazioni assicurative**	**35**
2.1	Cure odontoiatriche	35
2.2	Visita di controllo e profilassi	35
2.3	Periodo di carenza	35
2.4	Procedura dopo cure odontoiatriche	35

1. Fondamenti assicurativi

1.1 Ente assicuratore

L'ente assicuratore è ÖKK Versicherungen AG, Landquart (in seguito: assicuratore).

1.2 Disposizioni comuni

Le Disposizioni comuni ÖKK LIVE (DC ÖKK LIVE) sono parte integrante delle disposizioni del presente prodotto assicurativo. Qualora le disposizioni del presente prodotto assicurativo divergano dalle DC ÖKK LIVE, le disposizioni del presente prodotto assicurativo hanno la precedenza sulle DC ÖKK LIVE.

1.3 Scopo

ÖKK SMILE corrisponde prestazioni in caso di cure odontoiatriche e misure profilattiche.

ÖKK SMILE corrisponde tali contributi a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) o dell'assicurazione contro gli infortuni secondo la Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF). Dei costi complessivi viene assunta al massimo la parte non coperta da un'altra assicurazione sociale, dal modulo di base ÖKK START o da cantoni e comuni. In presenza di più assicurazioni private, le prestazioni vengono fornite in via sussidiaria agli altri assicuratori. Se anche le condizioni di assicurazione di altri assicuratori privati prevedono una clausola di sussidiarietà, fanno stato le regole di coordinamento conformemente al punto 9.1.3 DC ÖKK LIVE.

Non sono assicurate le partecipazioni ai costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

1.4 Condizioni per le prestazioni

Sono assicurati i provvedimenti odontoiatrici necessari, scientificamente riconosciuti come diagnostici e terapeutici, se è garantita l'economicità del trattamento.

La determinazione delle prestazioni odontoiatriche dipende dal tariffario dei medici dentisti SSO (Società svizzera odontoiatri) attualmente in vigore. Esistono due strutture tariffali: la «tariffa LAMal» e la revisione della «tariffa odontoiatrica AINF/AM/AI». ÖKK SMILE corrisponde prestazioni alla tariffa massima delle assicurazioni sociali (valore del punto e punti) della struttura tariffale utilizzata dal fornitore di prestazioni.

1.5 Validità territoriale

ÖKK SMILE corrisponde prestazioni anche se il trattamento avviene in un Paese confinante con la Svizzera. Sono considerati Paesi confinanti i Paesi che hanno un confine di stato con la Svizzera.

1.6 Stipula dell'assicurazione

ÖKK SMILE può essere stipulata fino al compimento dei 60 anni.

Non sono assicurate malattie presenti al momento della stipula dell'assicurazione, come ad esempio denti non curati o mancanti, malposizioni, anomalie mascellari, ecc. La limitazione della prestazione viene comunicata per iscritto alla persona assicurata.

L'ultima visita di controllo o l'ultima cura dentaria non deve essere avvenuta oltre un anno prima dell'inizio dell'assicurazione.

1.7 Durata dell'assicurazione

La durata dell'assicurazione di ÖKK SMILE è di tre anni e il contratto si rinnova tacitamente per un anno se il contraente non disdice l'assicurazione entro il termine di preavviso ordinario.

1.8 Varianti assicurative proposte

ÖKK SMILE propone i seguenti livelli di prestazione:

- ÖKK SMILE 1'000
- ÖKK SMILE 1'500
- ÖKK SMILE 3'000
- ÖKK SMILE 5'000

2. Prestazioni assicurative

2.1 Cure odontoiatriche

Nel quadro del livello di prestazione scelto, ÖKK SMILE corrisponde i costi per cure odontoiatriche, incluse le spese di laboratorio. Per prodotti per la cura dei denti non viene corrisposta alcuna prestazione.

Livello di prestazione	Diritto massimo a prestazioni per anno civile
ÖKK SMILE 1'000	50% fino a CHF 1'000
ÖKK SMILE 1'500	75% fino a CHF 1'500
ÖKK SMILE 3'000	75% fino a CHF 3'000
ÖKK SMILE 5'000	75% fino a CHF 5'000

2.2 Visita di controllo e profilassi

In aggiunta a ÖKK START, ÖKK SMILE corrisponde i costi effettivi fino a un massimo di CHF 100 per anno civile per una visita di controllo comprensiva di radiografie e per la profilassi.

2.3 Periodo di carenza

Il diritto a prestazioni da ÖKK SMILE inizia

- dopo un periodo di carenza di 12 mesi per protesi dentarie come corone, ponti, protesi, denti a perno, ricostruzioni di monconi nonché apparecchi per il trattamento di malposizioni dentarie e mascellari incluse relative sistemazioni provvisorie, riparazioni nonché rispettive cure dentarie e controlli
- dopo un periodo di carenza di 6 mesi per tutte le altre cure come otturazioni o trattamenti della radice.

Il periodo di carenza vale anche in caso di aumento della copertura assicurativa.

Prestazioni per profilassi e controllo non sono assoggettate a un periodo di carenza.

2.4 Procedura dopo cure odontoiatriche

All'assicuratore deve essere presentata immediatamente una fattura originale dettagliata, al più tardi tuttavia entro 30 giorni dalla fatturazione. Sulla fattura deve figurare la durata della cura; le prestazioni fornite devono essere elencate singolarmente.

ÖKK GENITORI

ÖKK Versicherungen AG, edizione 1.1.2018

INDICE

1.	**Fondamenti assicurativi**	**37**
1.1	Ente assicuratore	37
1.2	Disposizioni comuni	37
1.3	Scopo	37
1.4	Condizioni per le prestazioni	37
1.5	Validità territoriale	37
1.6	Stipula dell'assicurazione	37
1.7	Durata dell'assicurazione	37
2.	**Prestazioni assicurative**	**37**
2.1	Maternità	37
2.2	Rooming in	37
2.3	Aiuto domestico	37
2.4	Servizi di assistenza dei bambini	38

1. Fondamenti assicurativi

1.1 Ente assicuratore

L'ente assicuratore è ÖKK Versicherungen AG, Landquart (in seguito: assicuratore).

1.2 Disposizioni comuni

Le Disposizioni comuni ÖKK LIVE (DC ÖKK LIVE) sono parte integrante delle disposizioni del presente prodotto assicurativo. Qualora le disposizioni del presente prodotto assicurativo divergano dalle DC ÖKK LIVE, le disposizioni del presente prodotto assicurativo hanno la precedenza sulle DC ÖKK LIVE.

1.3 Scopo

ÖKK GENITORI corrisponde prestazioni selezionate in relazione alla nascita e all'assistenza del figlio.

ÖKK GENITORI corrisponde tali contributi a complemento dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). Dei costi complessivi viene assunta al massimo la parte non coperta da un'altra assicurazione sociale o dal modulo di base ÖKK START. In presenza di più assicurazioni private, le prestazioni vengono fornite in via sussidiaria agli altri assicuratori. Se anche le condizioni di assicurazione di altri assicuratori privati prevedono una clausola di sussidiarietà, fanno stato le regole di coordinamento conformemente al punto 9.1.3 DC ÖKK LIVE.

Non sono assicurate le partecipazioni ai costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

1.4 Condizioni per le prestazioni

ÖKK GENITORI corrisponde prestazioni se il trattamento è indicato per ragioni mediche e se viene svolto da personale riconosciuto dall'assicuratore per tale trattamento, conformemente al punto 6.3.3 DC ÖKK LIVE.

1.5 Validità territoriale

Ove non concordato diversamente, ÖKK GENITORI versa prestazioni in Svizzera.

1.6 Stipula dell'assicurazione

ÖKK GENITORI può essere stipulata fino al compimento dei 60 anni.

1.7 Durata dell'assicurazione

La durata dell'assicurazione di ÖKK GENITORI è di tre anni e il contratto si rinnova tacitamente per un anno se il contraente non disdice l'assicurazione entro il termine di preavviso ordinario.

2. Prestazioni assicurative

2.1 Maternità

2.1.1 Corso preparto

ÖKK GENITORI corrisponde fino a CHF 200 per gravidanza per corsi preparto svolti da uno specialista (ginnastica preparto e postparto inclusa).

2.1.2 Indennità di allattamento

ÖKK GENITORI corrisponde CHF 150 per figlio, se la madre lo allatta per dieci settimane.

2.1.3 Parto in una casa parto

Se il parto avviene in una casa parto riconosciuta dall'assicuratore che non figura su un elenco ospedaliero cantonale vengono corrisposte le prestazioni seguenti: 90%, fino a CHF 1'000 per parto.

L'assicuratore tiene un elenco delle case parto riconosciute che, su richiesta, può essere visionato.

2.1.4 Aiuto domestico postparto

2.1.4.1 Principio

In aggiunta a ÖKK START, ÖKK GENITORI corrisponde contributi ai costi di un aiuto domestico prescritto dal medico.

I contributi vengono corrisposti in sostituzione delle prestazioni conformemente al punto 2.3.

Viene riconosciuto come aiuto domestico chi, di professione o per conto di un'organizzazione riconosciuta contrattualmente dall'assicuratore, svolge lavori domestici per la persona assicurata.

L'aiuto prestato da famigliari della persona assicurata viene riconosciuto se al famigliare risulta una perdita di guadagno dimostrabile.

2.1.4.2 Parto in ospedale

In seguito a un parto in ospedale viene assunta l'aliquota seguente: fino a CHF 60 al giorno, al massimo CHF 600 per anno civile.

2.1.4.3 Parto in casa

In seguito a un parto in casa o dopo un parto ambulatoriale viene assunta l'aliquota seguente: fino a CHF 60 al giorno, al massimo CHF 840 per anno civile.

2.1.5 Camera famigliare

In caso di parto in un ospedale dell'elenco ospedaliero o convenzionato, ÖKK GENITORI corrisponde fino a CHF 200 al giorno ai costi supplementari di una camera famigliare o di una camera singola o doppia usata come camera famigliare.

2.2 Rooming in

Se un bambino fino a dodici anni è costretto a una degenza in ospedale, ÖKK GENITORI corrisponde fino a CHF 150 al giorno dall'assicurazione del genitore per il soggiorno di un genitore nella camera del figlio.

Se un genitore assicurato presso l'assicuratore è costretto a una degenza in ospedale, ÖKK GENITORI corrisponde fino a CHF 150 al giorno per il soggiorno di un figlio fino a 12 anni compiuti nella camera del genitore.

2.3 Aiuto domestico

2.3.1 Principio

In aggiunta a ÖKK START, ÖKK GENITORI versa contributi a organizzazioni esterne alla struttura ospedaliera che prestano aiuto domestico prescritto dal medico e successivo a una degenza ospedaliera, se richiesto da circostanze domestiche e famigliari.

2.3.2 Entità delle prestazioni

Se la persona assicurata è responsabile per l'assistenza di almeno un bambino fino a 12 anni compiuti, ÖKK GENITORI corrisponde fino a CHF 40 al giorno, al massimo CHF 600 per anno civile, dei costi per un aiuto domestico riconosciuto.

In caso di degenza in una casa di cura non vengono corrisposte prestazioni.

2.3.3 Fornitori di prestazioni

Viene riconosciuto come aiuto domestico chi, di professione o per conto di un'organizzazione riconosciuta contrattualmente dall'assicuratore, svolge lavori domestici per la persona assicurata.

L'aiuto prestato da famigliari della persona assicurata viene riconosciuto se al famigliare risulta una perdita di guadagno dimostrabile.

2.4 Servizi di assistenza dei bambini

2.4.1 Principio

ÖKK GENITORI corrisponde contributi per servizi di assistenza e di cura per bambini fino a 12 anni compiuti se i servizi vengono svolti da un partner riconosciuto dall'assicuratore.

L'assicuratore tiene un elenco dei partner riconosciuti che, su richiesta, può essere visionato.

2.4.2 Condizioni per le prestazioni

ÖKK GENITORI corrisponde prestazioni se al bambino occorre assistenza o cura in seguito a una malattia acuta. La fornitura di prestazioni è limitata esclusivamente all'assistenza e alla cura da parte del personale qualificato incaricato.

Vi è diritto a prestazioni se la persona assicurata e titolare dell'autorità parentale esercita un'attività lucrativa durante il periodo dell'assistenza.

2.4.3 Entità delle prestazioni

ÖKK GENITORI corrisponde al massimo CHF 30 all'ora, fino a CHF 600 per anno civile.

ÖKK TOURIST

ÖKK Versicherungen AG
Coop Protezione Giuridica SA
Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA
Edizione 1.1.2022

INDICE

FONDAMENTI ASSICURATIVI 41

1. Enti assicuratori 41

2. Disposizioni comuni 41

3. Scopo 41

4. Varianti assicurative proposte 41

5. Stipula dell'assicurazione 41

6. Persone assicurate 41
6.1 Assicurazione individuale 41
6.2 Assicurazione per famiglie 41

7. Inizio, durata e fine dell'assicurazione 41

8. Scioglimento del contratto collettivo 41

9. Partecipazione ai costi 41

SPESE DI CURA E ASSISTENZA A PERSONE 42

1. Condizione per le prestazioni 42

2. Ambito di validità geografico 42

3. Ambito di validità temporale 42

4. Prestazioni assicurative 42
4.1 Spese di cura 42
4.2 Spese di trasporto, ricerca, salvataggio e recupero 42
4.3 Viaggio di visita e costi di viaggio supplementari 42
4.4 Somma di copertura 42
4.5 Servizi di assistenza 42
4.6 Esclusione di prestazioni 43

5. Obblighi in caso di sinistro 43
5.1 Informazione della centrale di emergenza ÖKK 43
5.2 Esonero dall'obbligo del segreto professionale 43
5.3 Esercizio del diritto 43
5.4 Conteggio di biglietti del treno o dell'aereo 43

6. Prestazioni di terzi 43
6.1 Assicurazioni sociali 43
6.2 Assicurazioni in essere presso l'assicuratore 43
6.3 Guardia aerea di salvataggio o organizzazioni simili 43

PROTEZIONE GIURIDICA VIAGGI 44

1. Ambito di validità geografico 44

2. Ambito di validità temporale 44

3. Qualità/caratteristiche assicurate 44

4. Casi di protezione giuridica viaggi coperti da assicurazione 44

5. Prestazioni assicurative 44

6. Esclusioni 44

7. Notifica di caso di protezione giuridica 44

8. Elaborazione di un caso di protezione giuridica 45

9. Procedura in caso di divergenze di opinione 45

10. Foro competente 45

SPESE DI ANNULLAMENTO 46

1. Ambito di validità geografico 46

2. Ambito di validità temporale 46

3. Eventi assicurati 46

4. Prestazioni assicurative 46

4.1 Principio 46
4.2 Spese di annullamento 46
4.3 Costi supplementari 46
4.4 Prestazione di viaggio non fruita 46
4.5 Somme di copertura 46
4.6 Esclusione di prestazioni 46
4.7 Malati cronici 47
4.8 Cessione del credito 47
4.9 Responsabilità dell'ente assicuratore 47

5. Obblighi comportamentali in viaggio 47

6. Obblighi in caso di sinistro 47

7. Diritti nei confronti di terzi 47

8. Foro competente 47

BAGAGLI 48

1. Ambito di validità geografico 48

2. Ambito di validità temporale 48

3. Oggetti assicurati 48

4. Oggetti non assicurati 48

5. Eventi assicurati 48

6. Prestazioni assicurative 48

6.1 Entità delle prestazioni 48
6.2 Somme di copertura 48
6.3 Esclusione di prestazioni 48
6.4 Cessione del credito 49
6.5 Responsabilità dell'ente assicuratore 49

7. Obblighi comportamentali in viaggio 49

8. Obblighi in caso di sinistro 49

9. Foro competente 49

FONDAMENTI ASSICURATIVI

1. Enti assicuratori

Per assicuratore s'intende l'assicurazione malattie indicata sulla polizza assicurativa. L'assicuratore è il punto di riferimento per tutte le questioni della persona assicurata, a meno che in queste disposizioni non venga espressamente citata un'altra società.

L'ente assicuratore dell'assicurazione spese di cura e assistenza a persone è ÖKK Versicherungen AG, Landquart (in seguito: ÖKK).

L'ente assicuratore dell'assicurazione di protezione giuridica viaggi è Coop Protezione Giuridica SA, Aarau (in seguito: Coop Protezione Giuridica). ÖKK ha stipulato con Coop Protezione Giuridica in qualità di ente assicuratore un contratto collettivo di assicurazione a favore delle persone assicurate. In forza di questo contratto, le persone assicurate godono di un diritto di credito diretto nei confronti di Coop Protezione Giuridica per l'assicurazione di protezione giuridica viaggi.

L'ente assicuratore dell'assicurazione delle spese di annullamento e dell'assicurazione bagagli è la Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA, San Gallo. Queste assicurazioni competono all'Assicurazione viaggi europea, succursale dell'Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA, con sede a Basilea (in seguito: ERV). ÖKK ha stipulato con l'ERV in qualità di ente assicuratore un contratto di assicurazione collettiva a favore delle persone assicurate. In forza di questo contratto, le persone assicurate godono di un diritto di credito diretto nei confronti dell'ERV per l'assicurazione delle spese di annullamento e dei bagagli.

2. Disposizioni comuni

Salvo non esplicitamente escluse, si applicano le Disposizioni comuni (DC) della linea di prodotti ÖKK UNO o ÖKK LIVE riportate nella polizza assicurativa. Esse sono parte integrante delle disposizioni del presente prodotto assicurativo. Qualora le disposizioni del presente prodotto assicurativo divergano dalle DC, le disposizioni del presente prodotto assicurativo hanno la precedenza sulle DC.

Per ÖKK TOURIST non si applica la regolamentazione concernente le limitazioni di prestazioni ai sensi delle DC applicabili in base alla polizza.

3. Scopo

L'assicurazione eroga – a seconda del modulo scelto – le seguenti prestazioni per i casi che sono occorsi durante un viaggio di vacanza o d'affari e/o un soggiorno all'estero:

- prestazioni sui costi scoperti di trattamenti urgenti in caso di malattia, infortunio e parto prematuro,
- prestazioni sulle spese di trasporto, ricerca, salvataggio e recupero,
- servizi di assistenza,
- contributi alle spese di avvocati, esperti e tribunali (protezione giuridica all'estero),
- spese di annullamento, se la persona assicurata non può effettuare il viaggio prenotato,
- prestazioni erogate in caso di partenza ritardata o interruzione anticipata del viaggio, e
- prestazioni in caso di furto, perdita durante il trasporto e danneggiamento del bagaglio di viaggio personale.

Per la copertura sono determinanti le seguenti disposizioni relative alle prestazioni.

4. Varianti assicurative proposte

All'interno di ÖKK TOURIST è possibile optare per i seguenti moduli:

- Spese di cura e assistenza a persone
- Protezione giuridica viaggi
- Spese di annullamento
- Bagagli

5. Stipula dell'assicurazione

Possono stipulare l'assicurazione tutte le persone, senza limiti di età, che sono coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) e hanno il domicilio legale in Svizzera.

Possono altresì stipulare l'assicurazione coloro che sono coperti dalla corrispondente assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie nel Principato del Liechtenstein e al contempo hanno il domicilio legale nel Principato del Liechtenstein.

6. Persone assicurate

Il contraente è la persona che ha stipulato il contratto d'assicurazione con l'assicuratore.

6.1 Assicurazione individuale

È assicurata la persona indicata nella polizza assicurativa.

6.2 Assicurazione per famiglie

Sono assicurati il contraente indicato nella polizza d'assicurazione, nonché il suo coniuge o partner e i suoi/loro figli, a patto che essi vivano con il contraente nella stessa economia domestica.

7. Inizio, durata e fine dell'assicurazione

Inizio, durata e fine dell'assicurazione si orientano alle DC applicabili in base alla polizza.

8. Scioglimento del contratto collettivo

L'assicurazione cessa con lo scioglimento del contratto collettivo tra Coop Protezione Giuridica e/o l'ERV e ÖKK Versicherungen AG. Lo scioglimento deve essere comunicato per iscritto alla persona assicurata al più tardi un mese prima dell'estinzione della copertura assicurativa.

9. Partecipazione ai costi

Sulle prestazioni di ÖKK TOURIST non viene riscossa alcuna partecipazione ai costi.

SPESE DI CURA E ASSISTENZA A PERSONE

1. Condizione per le prestazioni

Si ottengono prestazioni soltanto se il trattamento è appropriato al caso e risulta necessario dal punto di vista medico, nonché se viene effettuato da persone che dispongono dell'autorizzazione necessaria.

2. Ambito di validità geografico

L'assicurazione vale per trattamenti di emergenza al di fuori del cantone di residenza in Svizzera e nel mondo.

Il Principato del Liechtenstein è equiparato a un cantone di residenza, a condizione che la persona assicurata vi risieda ufficialmente.

3. Ambito di validità temporale

Le prestazioni vengono fornite solo finché il rimpatrio in Svizzera non è possibile per motivi medici.

L'obbligo di prestazione per malattie e infortuni intervenuti durante la durata dell'assicurazione si estingue in ogni caso al più tardi 91 giorni dopo la scadenza dell'assicurazione.

4. Prestazioni assicurative

4.1 Spese di cura

L'assicurazione si assume le prestazioni in relazione alle spese di cura in caso di trattamento di emergenza ambulatoriale o stazionario a integrazione delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal, dell'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF e delle assicurazioni complementari eventualmente in essere presso l'assicuratore o altre compagnie assicurative.

Per quanto riguarda il rapporto con altre compagnie assicurative, si rimanda al punto 9.1.3 delle DC applicabili in base alla polizza assicurativa e relative all'assicurazione multipla.

Sono coperti malattia, infortunio e parto prematuro alle tariffe locali o contrattuali. Il parto è considerato prematuro se avviene in modo imprevisto e oltre sei settimane prima del termine stabilito dal medico.

La partecipazione ai costi prevista per legge e valida per la Svizzera non è assicurata.

4.2 Spese di trasporto, ricerca, salvataggio e recupero

Se una persona assicurata si ammala gravemente, subisce un infortunio grave o muore, l'assicuratore in virtù di una diagnosi corrisponde le seguenti prestazioni organizzate dalla centrale di emergenza ÖKK e paga le spese per

a) le operazioni di salvataggio necessarie dal punto di vista medico e per i trasporti di emergenza in un veicolo adeguato fino al luogo di cura idoneo più vicino;
b) operazioni di ricerca svolte in vista di un soccorso o di un salvataggio della persona assicurata, nonché azioni di salvataggio fino a un importo complessivo di CHF 20'000 per persona assicurata;
c) rimpatrio necessario dal punto di vista medico della persona assicurata ammalata o infortunata in un ospedale adeguato nel cantone di residenza per il trattamento stazionario e
d) rimpatrio della persona deceduta al luogo di residenza.

4.3 Viaggio di visita e costi di viaggio supplementari

4.3.1 Viaggio di visita

Se una persona assicurata si ammala gravemente o subisce un infortunio grave all'estero e deve essere ricoverata in ospedale per più di 7 giorni, la centrale di emergenza ÖKK organizza un viaggio di visita per una persona cara alla persona assicurata (biglietto in treno in 1ª classe, biglietto aereo in Economy). I costi vengono assunti dall'assicuratore.

4.3.2 Viaggio di rientro straordinario

Se una persona assicurata deve essere rimpatriata in un ospedale adeguato nel cantone di residenza per un trattamento stazionario, la centrale di emergenza ÖKK organizza il viaggio di rientro straordinario per i membri della famiglia assicurati o per una persona cara. Sono coperti i costi supplementari risultati.

Se una persona assicurata si ammala o subisce un infortunio e a seguito di un soggiorno in ospedale non può effettuare il viaggio di ritorno previsto, la centrale di emergenza ÖKK organizza il viaggio di rientro straordinario della persona assicurata, per i membri della famiglia assicurati o per una persona cara. Sono coperti i costi supplementari risultati.

4.4 Somma di copertura

4.4.1 ÖKK TOURIST 50/100

La somma di copertura ammonta, per tutte le prestazioni, a un totale di CHF 50'000 per persona assicurata, tuttavia a un massimo di CHF 100'000 per famiglia assicurata.

Varianti durata del soggiorno all'estero:
– fino a un massimo di 17 giorni
– fino a un massimo di 40 giorni.

4.4.2 ÖKK TOURIST 250/500

La somma di copertura ammonta, per tutte le prestazioni, a un totale di CHF 250'000 per persona assicurata, tuttavia a un massimo di CHF 500'000 per famiglia assicurata.

Varianti durata del soggiorno all'estero:
– fino a un massimo di 17 giorni
– fino a un massimo di 40 giorni
– fino a un massimo di 365 giorni.

4.5 Servizi di assistenza

4.5.1 Anticipo sulle spese ospedaliere

Se una persona assicurata deve essere ricoverata in ospedale all'estero, se necessario l'assicuratore eroga un anticipo per le spese ospedaliere fino a CHF 20'000. Se una parte della somma anticipata non è coperta dall'assicurazione attuale, questa parte viene addebitata alla persona assicurata. La somma richiesta deve essere restituita entro 30 giorni.

4.5.2 Informazione di persone a casa

Se la centrale di emergenza ÖKK ha organizzato delle misure, essa informa i familiari della persona assicurata in merito alla fattispecie e alle misure adottate.

4.5.3 Indicazione di ospedali e contatti medici all'estero

In caso di necessità, la centrale di emergenza ÖKK indica ai suoi assicurati un medico o un ospedale nei dintorni del luogo in cui si svolge il soggiorno. Se la comunicazione in loco risulta difficoltosa, la centrale di emergenza ÖKK offre sostegno nella traduzione.

4.5.4 Consulenza medica a cura di medici

Se durante il viaggio una persona assicurata necessita di un sostegno medico che non può essere richiesto nel luogo del soggiorno, i medici della centrale di emergenza ÖKK offrono consulenza medica. Questa consulenza rappresenta solo un consiglio e non può essere considerata in nessun caso come una diagnosi.

4.6 Esclusione di prestazioni

Non sussiste alcun diritto a prestazioni assicurative:

a) in caso di malattie e postumi di infortunio che esistevano già all'inizio del viaggio;
b) se la persona assicurata si è recata all'estero per trattamenti, cure o per partorire;
c) se la centrale di emergenza ÖKK non ha autorizzato previamente l'operazione di ricerca, il rimpatrio, la visita o il viaggio di rientro straordinario; sono fatte salve le disposizioni secondo l'art. 45 LCA (colpa assente o nessuna influenza sull'entità della prestazione);
d) in caso di partecipazione ad eventi bellici, a sommosse ed azioni simili, nonché in caso di servizio militare all'estero;
e) in caso di malattie e infortuni quale conseguenza di eventi bellici, se si sono manifestati già da oltre 14 giorni;
f) in caso di malattie e infortuni quale conseguenza della partecipazione attiva ad azioni criminose, risse e altri atti di violenza;
g) in caso di malattia o infortunio provocati da un comportamento gravemente negligente, in particolare a seguito dell'abuso di alcol, medicamenti o altre droghe;
h) in caso di danni alla salute riconducibili ad atti temerari, ovvero quando la persona assicurata si espone a un pericolo senza prendere o poter prendere le precauzioni per limitare il rischio a un livello ragionevole. Fanno eccezione gli atti di salvataggio di persone. Sono considerati atti temerari ai sensi della presente disposizione in particolare la partecipazione a gare automobilistiche o il relativo allenamento e
i) se il danno alla salute è stato provocato intenzionalmente, anche quale conseguenza di suicidio, tentativi di suicidio o autolesionismo.

Se il trasporto di emergenza o il rimpatrio è reso impossibile da circostanze esterne come scioperi, disordini, atti di violenza, eventi derivanti da danni industriali su vasta scala, radioattività, catastrofi naturali, malattie epidemiche o cause di forza maggiore, l'organizzazione e la realizzazione del trasporto di emergenza o del rimpatrio non possono essere pretese.

5. Obblighi in caso di sinistro

5.1 Informazione della centrale di emergenza ÖKK

In caso di malattia, infortunio o parto prematuro improvvisi in Svizzera e all'estero che rendono necessario un ricovero in ospedale o misure di supporto occorre in ogni caso informare immediatamente la centrale di emergenza ÖKK.

5.2 Esonero dall'obbligo del segreto professionale

La persona assicurata esonera i medici curanti e l'ulteriore personale medico nonché gli assicuratori dall'obbligo del segreto professionale nei confronti della centrale di emergenza ÖKK e dell'assicuratore.

5.3 Esercizio del diritto

La persona assicurata deve inoltrare immediatamente all'assicuratore il suo diritto a prestazioni e deve mettere a disposizione tutte le informazioni necessarie di natura medica e amministrativa. Vengono riconosciute solo fatture originali dettagliate. Se i dettagli delle fatture sono insufficienti e le informazioni complementari richieste non vengono messe a disposizione, la determinazione delle prestazioni avviene a discrezione secondo gli obblighi.

5.4 Conteggio di biglietti del treno o dell'aereo

I biglietti del treno o dell'aereo non più necessari vanno inoltrati spontaneamente all'assicuratore. Se i biglietti inutilizzati sono stati venduti a terzi o rimborsati, gli indennizzi ottenuti vengono detratti dalle prestazioni assicurative. In caso di violazione di questo obbligo, l'assicuratore può richiedere alla persona assicurata interessata la restituzione di una somma stabilita a discrezione secondo gli obblighi, oppure detrarla dal diritto a prestazioni.

6. Prestazioni di terzi

6.1 Assicurazioni sociali

Non vengono assunte prestazioni che vanno a carico di altre assicurazioni sociali (AMal, AInf, AI, AM, AVS, AD, ecc.). Il diritto a prestazione va notificato all'assicurazione sociale competente.

Se una persona assicurata non dispone di un'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal o di una copertura equivalente nel Principato del Liechtenstein valide, l'assicuratore fornisce prestazioni come se tale copertura esistesse.

6.2 Assicurazioni in essere presso l'assicuratore

Le altre assicurazioni complementari in essere presso l'assicuratore hanno la precedenza sulle prestazioni di ÖKK TOURIST.

6.3 Guardia aerea di salvataggio o organizzazioni simili

Se è presente un'affiliazione (tesseramento) presso una guardia aerea di salvataggio o un'organizzazione simile, vengono assunti costi solo se non sono state fornite prestazioni da queste organizzazioni. Sono fatti salvi accordi contrattuali diversi.

PROTEZIONE GIURIDICA VIAGGI

1. Ambito di validità geografico

La protezione giuridica è valida in tutto il mondo al di fuori della Svizzera e del Principato del Liechtenstein.

2. Ambito di validità temporale

La protezione assicurativa vale per la durata della copertura riportata sulla polizza d'assicurazione.

La protezione giuridica viene concessa per controversie che si presentano nel corso della durata dell'assicurazione riportata sulla polizza d'assicurazione. Il caso subentra al momento della violazione del diritto; nei casi di diritto assicurativo al momento in cui subentra l'evento assicurato.

3. Qualità/caratteristiche assicurate

La persona assicurata beneficia di protezione giuridica nella sua qualità di

a) detentore, conducente o locatore di un veicolo a motore,
b) persona praticante sport, pedone, ciclista, ciclomotorista o passeggero di un qualsiasi mezzo di trasporto,
c) locatario di una casa-vacanza,
d) partecipante a un corso presso una scuola all'estero,
e) parte contrattuale di un contratto di viaggio,
f) vittima di un atto di violenza e
g) titolare di una carta di credito.

4. Casi di protezione giuridica viaggi coperti da assicurazione

Sono assicurati i seguenti casi di protezione giuridica:

a) esercizio del diritto al rimborso danni extracontrattuale nei confronti di chi ha cagionato il danno e/o la sua assicurazione di responsabilità civile per un danno corporale o materiale subito,
b) controversie con un'assicurazione, cassa malati o cassa pensioni in relazione a eventi accaduti all'estero,
c) rappresentanza in un procedimento nei confronti di autorità penali e amministrative in seguito a violazione, dovuta a negligenza, della legislazione del Paese estero, in caso di inchiesta per via di un reato doloso, i costi vengono assunti solo in seguito ad assoluzione o all'interruzione del procedimento in corso e
d) controversie derivanti dai contratti, di seguito elencati (elenco esaustivo), assoggettati al Codice delle obbligazioni, a patto che la persona assicurata vi sia coinvolta in una delle qualità indicate al punto 3 del presente documento:
   - contratto di locazione
   - contratto di riparazione
   - contratto di trasporto merci
   - contratto di trasporto
   - contratto di viaggio
   - contratto con istituto scolastico/formativo
   - contratto di carta di credito.

5. Prestazioni assicurative

Nei casi di protezione giuridica assicurati vengono concesse le seguenti prestazioni:

a) tutela degli interessi giuridici da parte del servizio giuridico di Coop Protezione Giuridica,
b) versamento fino a un massimo di CHF 300'000 (al di fuori dell'Europa CHF 100'000) per caso, se non sono stati fissati limiti speciali delle prestazioni, in particolare delle
   - spese sostenute da avvocati e mediatori incaricati,
   - spese sostenute da periti incaricati,
   - spese giudiziarie e procedurali a carico della persona assicurata,
   - indennità processuali da versare alla controparte,
   - spese di viaggio per l'obbligatoria comparsa davanti a un tribunale estero fino a un massimo di CHF 5'000,
   - spese di traduzione fino a un massimo di CHF 5'000 e
   - cauzioni penali per evitare una detenzione preventiva fino a un massimo di CHF 100'000. Questa prestazione viene erogata solo come anticipo e deve essere rimborsata a Coop Protezione Giuridica.

Non vengono pagati:
a) multe,
b) risarcimento danni e riparazione morale,
c) costi la cui assunzione fa capo a un terzo responsabile,
d) costi per atti pubblici e iscrizioni in registri e
e) costi per permessi, autorizzazioni e controlli da parte delle autorità.

La persona assicurata è tenuta a rimborsare a Coop Protezione Giuridica le spese processuali e le spese ripetibili accordatele nell'entità delle prestazioni erogate.

6. Esclusioni

La protezione giuridica non viene concessa

a) per casi di protezione giuridica tra le persone assicurate indicate nella stessa polizza di famiglia,
b) in relazione diretta o indiretta con la commissione dolosa di un reato,
c) per casi di protezione giuridica cagionati intenzionalmente nonché per le controversie civili e amministrative che ne conseguono,
d) nei confronti di avvocati, mediatori, periti ed esperti che intervengono o sono intervenuti in un caso di protezione giuridica di un assicurato,
e) in relazione a crediti che sono stati ceduti a una persona assicurata e crediti che sono stati ereditati da persone assicurate e
f) per casi nei confronti di Coop Protezione Giuridica e/o dei suoi organi.

7. Notifica di caso di protezione giuridica

L'insorgere di un caso di protezione giuridica deve essere notificato immediatamente all'assicuratore, per iscritto se quest'ultimo lo richiede. L'assicuratore inoltra immediatamente il caso a Coop Protezione Giuridica per l'ulteriore elaborazione.

La persona assicurata deve sostenere Coop Protezione Giuridica nell'elaborazione del caso di protezione giuridica, rilasciare le procure e le informazioni necessarie, nonché inoltrare immediatamente le comunicazioni che le sono state indirizzate, in particolare dalle autorità.

In caso di violazione colposa di questi obblighi, Coop Protezione Giuridica può ridurre le sue prestazioni in modo proporzionale ai costi aggiuntivi risultati. In caso di violazione grave, le prestazioni possono essere rifiutate.

8. Elaborazione di un caso di protezione giuridica

Coop Protezione Giuridica adotta i provvedimenti adeguati alla tutela degli interessi della persona assicurata, previo accordo con la stessa.

Se si rende necessario il coinvolgimento di un avvocato, in particolare per procedimenti giudiziari o amministrativi o in presenza di conflitti di interesse, la persona assicurata può sceglierlo liberamente. Se Coop Protezione Giuridica non condivide questa scelta, la persona assicurata può proporre altri tre avvocati, che non devono appartenere allo stesso studio legale. Coop Protezione Giuridica deve accettare uno di questi tre avvocati proposti.

Prima di incaricare l'avvocato, la persona assicurata deve ottenere il consenso e l'approvazione dei costi da Coop Protezione Giuridica.

Se non vi sono motivi validi per cambiare l'avvocato, la persona assicurata è tenuta ad assumersi le spese risultanti dal cambiamento.

9. Procedura in caso di divergenze di opinione

In caso di divergenze di opinione, soprattutto se Coop Protezione Giuridica ritiene un caso senza possibilità di successo, la persona assicurata può richiedere una procedura arbitrale. La funzione di arbitro viene attribuita a una persona scelta insieme dalle due parti. Per il resto, la procedura si basa sulle disposizioni sull'arbitrato contenute nel Codice di diritto processuale civile svizzero (CPC).

Se una persona assicurata affronta il processo a proprie spese e nella causa principale ottiene un risultato migliore di quello stimato da Coop Protezione Giuridica, quest'ultima eroga le prestazioni contrattuali.

10. Foro competente

In caso di controversie derivanti da questa assicurazione di protezione giuridica viaggi, la parte ricorrente può adire il tribunale del domicilio svizzero o della sede dell'ente assicuratore (Coop Protezione Giuridica SA, Aarau).

SPESE DI ANNULLAMENTO

1. Ambito di validità geografico

La copertura assicurativa ha validità in tutto il mondo.

2. Ambito di validità temporale

La copertura assicurativa è valida per il periodo indicato sulla polizza d'assicurazione.

La copertura inizia con la stipula dell'assicurazione o, se sussiste già la protezione assicurativa, con la prenotazione del viaggio e termina con la conclusione del viaggio assicurato (check-in, salita sul mezzo di trasporto prenotato, ecc.).

3. Eventi assicurati

La protezione assicurativa si applica qualora la persona assicurata non possa effettuare, debba interrompere anticipatamente o prolungare il viaggio prenotato per via di uno dei motivi di seguito citati, a condizione che tale evento sia occorso dopo la stipula dell'assicurazione o della prenotazione del viaggio:

a) malattia grave imprevedibile, ferimento grave, complicanze gravi di gravidanza o morte
   - di una persona assicurata,
   - di una persona che accompagna la persona assicurata,
   - di una persona che non accompagna la persona assicurata ma che è molto cara a quest'ultima,
   - del diretto sostituto sul posto di lavoro, che rende indispensabile la presenza della persona assicurata,
b) sciopero (purché la persona assicurata non vi abbia preso parte attivamente) sull'itinerario di viaggio programmato all'estero,
c) sommosse di ogni genere o eventi naturali nella località meta del viaggio, se tali eventi mettono concretamente in pericolo la vita e la proprietà della persona assicurata, e se è stato emanato un avviso ufficiale delle autorità svizzere circa la meta del viaggio o se per questo motivo la prosecuzione del viaggio o del soggiorno diventa impossibile o inaccettabile,
d) gravi danni alla proprietà della persona assicurata presso il suo domicilio in seguito a incendio, evento naturale, furto o allagamento, tali da rendere indispensabile la sua presenza a casa,
e) annullamento o ritardo – entrambi a seguito di difetto tecnico o infortunio del personale – del mezzo di trasporto pubblico da utilizzare per raggiungere il luogo ufficiale della partenza (aeroporto, stazione ferroviaria di partenza, porto o pullman),
f) se nei 30 giorni prima della partenza
   - la persona assicurata ottiene inaspettatamente un posto di lavoro a lungo termine presso un nuovo datore di lavoro (sono esclusi casi di promozioni o simili) oppure
   - se il contratto di lavoro della persona assicurata viene disdetto dal datore di lavoro per cause non riconducibili a colpa della persona assicurata o per
g) furto di biglietti di viaggio, passaporto o carta d'identità.

Se la persona che cagiona l'annullamento in seguito a un evento assicurato non è né parente né affine con la persona assicurata, il diritto a prestazione sussiste solamente se la persona assicurata fosse costretta a partire per il viaggio da sola.

4. Prestazioni assicurative

4.1 Principio

Per la valutazione del diritto alla prestazione è determinante l'evento che causa l'annullamento, l'interruzione anticipata o il prolungamento del viaggio. Non vengono presi in considerazione eventi precedenti o successivi.

4.2 Spese di annullamento

All'insorgere dell'evento assicurato, l'assicurazione si assume le spese effettive risultanti dall'annullamento (escl. tasse di sicurezza e tasse aeroportuali). Complessivamente, questa prestazione è limitata al prezzo del viaggio o della somma assicurata.

Non sono assicurate le spese amministrative inappropriate o ripetute.

4.3 Costi supplementari

L'assicurazione rimborsa le spese extra sostenute in seguito a partenza ritardata, interruzione anticipata o prolungamento del viaggio, qualora in seguito al verificarsi dell'evento assicurato non sia possibile partire nei tempi previsti, si debba interrompere anticipatamente o prolungare il viaggio.

Le spese extra sostenute per il prolungamento del viaggio vengono rimborsate per un massimo di 7 giorni.

Se vengono fatti valere costi supplementari, decade il diritto alle spese di annullamento.

4.4 Prestazione di viaggio non fruita

L'assicurazione rimborsa i costi proporzionali della prestazione di viaggio non fruita (escl. i costi del viaggio di ritorno inizialmente prenotato) in caso di interruzione anticipata del viaggio. Questa prestazione è limitata al prezzo del viaggio o alla somma assicurata indicata sulla polizza d'assicurazione.

4.5 Somme di copertura

Le prestazioni per le spese di annullamento o le spese extra per la partenza ritardata o l'interruzione anticipata del viaggio sono limitate a CHF 20'000 per evento e persona, ovvero CHF 50'000 per evento e famiglia.

Le spese extra per il prolungamento del viaggio sono limitate a CHF 700 a persona o, in caso di utilizzo di un'auto a noleggio, a CHF 1'000, a prescindere dal numero di persone che utilizzano la vettura.

Le prestazioni nell'ambito della protezione del tempo libero (escursioni giornaliere, corsi di aggiornamento, biglietti per concerti, abbonamenti sciistici, quote di iscrizione a gare podistiche cittadine, ecc.) sono limitate a CHF 500 per persona ed evento.

4.6 Esclusione di prestazioni

Le prestazioni non vengono erogate

a) se il fornitore delle prestazioni (tour operator, locatore, organizzatore, ecc.) disdice la prestazione concordata o avrebbe dovuto disdirla per motivi oggettivi (soprattutto in caso di viaggi a pacchetto),
b) se l'evento si era già verificato o era già prevedibile al momento della stipula dell'assicurazione o della prenotazione del viaggio,
c) se la sofferenza che ha dato adito all'annullamento, all'interruzione o al prolungamento del viaggio è stata la complicanza o la conseguenza di un trattamento medico o di un intervento chirurgico già pianificato all'inizio dell'assicurazione o della prenotazione del viaggio,
d) se la malattia o le conseguenze di un infortunio, di un'operazione o di un intervento medico sussistevano già al momento della prenotazione del viaggio e si sono protratte fino alla data del viaggio,

e) in caso di annullamento, interruzione o prolungamento del viaggio senza indicazione medica o qualora il certificato medico non sia stato emesso immediatamente quando sarebbe stato possibile constatare la non idoneità al viaggio o sia stato ottenuto in seguito a consultazione telefonica,
f) se un annullamento conseguente a sofferenza psichica o psicosomatica
   – non può essere motivato attraverso la constatazione e il certificato rilasciato da un medico psichiatra il giorno dell'annullamento e,
   – in caso di persone con rapporto di lavoro subordinato, non sia possibile presentare una conferma di assenza al 100% del datore di lavoro per la durata della non idoneità al viaggio certificata dal medico,
g) se il perito (esperto, medico, ecc.) che avanza constatazioni sul sinistro trae diretto vantaggio dall'annullamento o è parente/affine con la persona assicurata,
h) in caso di eventi che sono conseguenza di ordinanze di autorità (detenzione, divieto di rimpatrio o espatrio, chiusura dei confini e/o dello spazio aereo, quarantena, ecc.),
i) in caso di eventi provocati dalla persona assicurata in relazione a (tentato) suicidio o autolesionismo,
j) in caso di annullamento, interruzione o prolungamento del viaggio in conseguenza di eventi bellici o terrorismo,
k) in caso di annullamento, interruzione o prolungamento del viaggio per via di eventi conseguenti a radiazioni ionizzanti di qualsiasi tipo, anche e soprattutto di trasformazioni nucleari,
l) se l'evento che dà adito all'annullamento, all'interruzione o al prolungamento del viaggio è conseguenza di atti dolosi, negligenza grave o trascuratezza, o se è riconducibile al mancato rispetto del comune obbligo di diligenza,
m) se l'evento che ha determinato l'annullamento, l'interruzione o il prolungamento del viaggio è stato causato per effetto di alcol, droghe, stupefacenti o farmaci,
n) se l'evento che ha dato adito all'annullamento, all'interruzione o al prolungamento del viaggio si è verificato a seguito di crimini o delitti commessi intenzionalmente o del tentativo di compierli,
o) se le spese extra sostenute per l'interruzione anticipata o il prolungamento del viaggio vengono fatte valere senza far previamente autorizzare detti costi dalla centrale di emergenza ÖKK e
p) in caso di epidemie e pandemie, nonché delle loro conseguenze. Sono fatti salvi gli eventi assicurati elencati esaustivamente nel presente documento.

4.7 Malati cronici

I malati cronici devono farsi confermare l'idoneità al viaggio tramite certificato medico da rilasciare immediatamente prima della prenotazione del viaggio.

Se una persona assicurata è affetta da una malattia cronica, ma al momento della stipula dell'assicurazione e/o del viaggio tale malattia non sembra mettere in dubbio l'idoneità al viaggio, l'assicurazione paga i costi assicurati risultanti qualora il viaggio debba essere annullato a seguito di un peggioramento imprevedibile, grave e acuto di questa malattia o se a seguito della malattia cronica interviene il decesso.

4.8 Cessione del credito

Con il pagamento del danno da parte dell'ERV, la persona assicurata cede globalmente e automaticamente all'ERV il proprio credito derivante dal contratto assicurativo.

4.9 Responsabilità dell'ente assicuratore

L'ERV offre copertura assicurativa e risponde di indennizzi o altre agevolazioni solo se questi non implicano una violazione di sanzioni o una limitazione delle risoluzioni ONU e se non comportano una violazione di sanzioni commerciali o economiche della Svizzera, dell'Unione europea e degli Stati Uniti d'America.

5. Obblighi comportamentali in viaggio

Sono esclusivamente le raccomandazioni vigenti o gli avvisi ufficiali di viaggio delle autorità svizzere a stabilire se sia o no ragionevole recarsi in un Paese in cui vi è il rischio di sciopero, sommosse, guerre, attacchi terroristici, ecc. Tali autorità sono, in primo luogo, il Dipartimento federale degli affari esteri (DFAE) e l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP).

6. Obblighi in caso di sinistro

Il centro prenotazioni (agenzia di viaggi, società di trasporti, locatore, ecc.) deve essere informato subito al verificarsi dell'evento.

Inoltre, in caso di sinistro occorre informare immediatamente l'assicuratore, il quale provvederà a inoltrare il caso all'ERV per l'ulteriore elaborazione.

Prima di interrompere o prolungare un viaggio occorre contattare sempre la centrale d'emergenza ÖKK.

In caso di sopraggiunta malattia o infortunio, va richiesto immediatamente l'intervento di un medico, che deve essere informato dei programmi di viaggio e le cui prescrizioni devono essere osservate. La persona assicurata/avente diritto deve esonerare i medici che l'anno curata dall'obbligo del segreto nei confronti degli assicuratori.

All'ERV dovranno essere consegnati i seguenti documenti:
– conferma della prenotazione/fattura di viaggio e fatture relative alle spese di annullamento o alle spese extra (in originale),
– certificato medico dettagliato o certificato di morte o altro attestato ufficiale e
– la copia della polizza d'assicurazione.

7. Diritti nei confronti di terzi

Se la persona assicurata / avente diritto è stata indennizzata da un terzo responsabile o dal suo assicuratore, viene meno l'indennizzo ai sensi di questo contratto. Se in luogo del responsabile è stata citata l'Assicurazione viaggi europea, la persona assicurata deve cedere i propri diritti di responsabilità civile fino all'ammontare delle spese dell'Assicurazione viaggi europea.

In caso di assicurazione multipla (facoltativa o obbligatoria), l'Assicurazione viaggi europea eroga le proprie prestazioni in via sussidiaria, a meno che le condizioni di assicurazione dell'altro assicuratore non contengano, anch'esse, una clausola di sussidiarietà. In questo caso si applicano le norme di legge sulla doppia assicurazione. Al verificarsi di un caso di prestazioni, la persona assicurata / avente diritto si impegna a rivelare e rendere accessibili le coperture assicurative in essere e autorizza l'Assicurazione viaggi europea a rivendicare gli eventuali diritti.

Se sono presenti più assicurazioni in capo a società concessionarie, i costi vengono rimborsati complessivamente una volta sola.

8. Foro competente

In caso di controversie derivanti da questa assicurazione delle spese di annullamento, la parte ricorrente può adire il tribunale del domicilio svizzero o della sede dell'ente assicuratore (Assicurazione viaggi europea, Basilea).

BAGAGLI

1. Ambito di validità geografico

La copertura assicurativa ha validità in tutto il mondo.

2. Ambito di validità temporale

La protezione assicurativa vale per la durata della copertura riportata sulla polizza d'assicurazione, nella fattispecie per tutto il tempo e per tutte le volte in cui gli oggetti assicurati si trovano al di fuori della dimora abituale della persona assicurata.

La protezione assicurativa vale inoltre durante il trasporto con mezzi pubblici per tutto il tempo in cui gli oggetti assicurati si trovano sotto la custodia di una compagnia di trasporti.

3. Oggetti assicurati

Sono assicurati tutti gli oggetti che le persone assicurate portano con sé in viaggio per il proprio fabbisogno personale.

In merito ad attrezzature sportive, sedie a rotelle o carrozzine per bambini, la protezione assicurativa è valida solo durante il trasporto con mezzi pubblici e per tutto il tempo in cui questi oggetti si trovano sotto la custodia della compagnia di trasporti.

4. Oggetti non assicurati

Non sono assicurati

a) denaro contante e biglietti di viaggio (salvo punto 6.1 d),
b) titoli, attestati e documenti di ogni genere (salvo punto 6.1 g),
c) software,
d) metalli preziosi, pietre preziose e perle,
e) francobolli,
f) articoli commerciali e campionario,
g) oggetti con valore artistico o collezionistico,
h) strumenti musicali,
i) tavole da surf,
j) veicoli a motore, rimorchi, camper, barche e velivoli, tutti quanti compresi i loro accessori,
k) oggetti di valore coperti da un'assicurazione speciale,
l) oggetti acquistati o ricevuti in regalo durante il viaggio (ad es. souvenir), che non appartengono al fabbisogno personale di viaggio e
m) oggetti che vengono portati con sé in viaggio ma che non rientrano nel fabbisogno personale di viaggio (regali, merce per terzi, ecc.)

5. Eventi assicurati

Sono assicurati i seguenti eventi:

a) furto e furto con scasso,
b) rapina,
c) danneggiamento e distruzione,
d) perdita durante il trasporto su un mezzo pubblico e
e) consegna tardiva (almeno 6 ore) con un mezzo di trasporto pubblico.

In caso di campeggio, questi eventi sono assicurati solo all'interno delle aree camping ufficiali.

6. Prestazioni assicurative

6.1 Entità delle prestazioni

L'assicurazione rimborsa

a) in caso di danno totale di oggetti assicurati, il valore attuale; per valore attuale si intende il prezzo di acquisto originario detratto un deprezzamento di almeno il 10% all'anno a partire dalla data di acquisto, comunque non oltre il 60%,
b) in caso di danno parziale, i costi per la riparazione, comunque non oltre il valore attuale,
c) per la totalità di oggetti preziosi, fino a un massimo del 50% della somma assicurata,
d) denaro contante e biglietti di viaggio esclusivamente in caso di rapina e fino al 20% della somma assicurata e comunque per un massimo di CHF 1'000, che salgono a CHF 2'000 per la sostituzione del biglietto,
e) danni da rottura fino al 20% della somma assicurata,
f) occhiali, lenti a contatto, protesi e sedie a rotelle fino al 20% della somma assicurata,
g) le spese di ripristino/riproduzione in caso di furto e/o perdita di passaporto, carta d'identità, licenza di condurre, carta di circolazione o altri documenti simili e delle chiavi,
h) le operazioni (ma non le spese) di blocco in caso di furto e/o perdita di carte di credito e telefoni cellulari,
i) le spese per gli acquisti di prima necessità fino a CHF 1'000 a persona e per un massimo di CHF 4'000 a famiglia ovvero a polizza d'assicurazione ed evento in caso di ritardi nella consegna del bagaglio dovuti a un mezzo di trasporto pubblico. Durante il viaggio di ritorno al domicilio non sussiste alcun diritto al rimborso,
j) per gli oggetti non di valore dimenticati in un veicolo chiuso, in un'imbarcazione o in una tenda fino al 50% della somma assicurata, comunque per un massimo di CHF 2'000 per viaggio assicurato in caso di assicurazione individuale e CHF 5'000 in caso di assicurazione per famiglie.

6.2 Somme di copertura

Le prestazioni sono limitate alla somma assicurata e ammontano a un massimo di CHF 4'000 a persona e CHF 10'000 a famiglia o polizza d'assicurazione ed evento.

6.3 Esclusione di prestazioni

Sono escluse prestazioni per danni

a) conseguenti a usura, deperimento autoindotto, influsso di agenti atmosferici, insufficiente o difettosa natura degli oggetti o dell'imballaggio,
b) conseguenti all'abbandono, al trasferimento, alla perdita, alla caduta o a colpa personale,
c) a oggetti lasciati incustoditi, anche per breve tempo, in un luogo accessibile a chiunque, al di fuori della sfera d'influenza della persona assicurata,
d) a oggetti la cui custodia non sia adeguata al loro valore,
e) a oggetti di valore che sono stati lasciati su un veicolo, un'imbarcazione o in una tenda o che vengono consegnati a una compagnia di trasporto per il trasferimento, per tutto il tempo in cui questi oggetti si trovano sotto la custodia della compagnia di trasporti,
f) a oggetti che sono stati lasciati sopra o dentro a veicoli, imbarcazioni o tende durante la notte (dalle 22:00 alle 6:00),
g) riconducibili a eventi bellici o a terrorismo,
h) causati da eventi conseguenti a radiazioni ionizzanti di qualsiasi tipo, anche e soprattutto a trasmutazioni del nucleo dell'atomo,

i) provocati da atti dolosi, negligenza grave o trascuratezza o riconducibili alla mancata osservazione del comune obbligo di diligenza,
j) conseguenti a crimini o delitti commessi intenzionalmente o al tentativo di compierli.

6.4 Cessione del credito

Con il pagamento del danno da parte dell'ERV, la persona assicurata cede globalmente e automaticamente all'ERV il proprio credito derivante dal contratto assicurativo.

6.5 Responsabilità dell'ente assicuratore

L'ERV offre copertura assicurativa e risponde di indennizzi o altre agevolazioni solo se questi non implicano una violazione di sanzioni o una limitazione delle risoluzioni ONU e se non comportano una violazione di sanzioni commerciali o economiche della Svizzera, dell'Unione europea e degli Stati Uniti d'America.

7. Obblighi comportamentali in viaggio

Gli oggetti di valore, se non vengono indossati o utilizzati, devono

- essere affidati a una struttura ricettiva o a un guardaroba sorvegliato ai fini della custodia o
- essere custoditi all'interno di una stanza chiusa, non accessibile a nessuno e ivi conservati separatamente. Le borse di ogni tipo, i beauty case e le valigette ventiquattrore o i portagioie non sono contenitori adeguati.

Occorre osservare e seguire le indicazioni di viaggio fornite dal Dipartimento federale degli affari esteri (DFAE) in merito alla rispettiva destinazione del viaggio, in particolare per quanto riguarda la criminalità locale e le relative misure cautelative da adottare.

8. Obblighi in caso di sinistro

In caso di sinistro l'assicuratore deve essere immediatamente informato. L'assicuratore inoltra il caso all'ERV per l'ulteriore elaborazione.

La persona assicurata deve,

a) in caso di furto e rapina, richiedere entro 24 ore un'indagine ufficiale, ovvero far verbalizzare l'accaduto (rapporto di polizia, denuncia di smarrimento del biglietto aereo, ecc.) presso la stazione di polizia più vicina,
b) in caso di danneggiamento, ritardi nella consegna o perdita del bagaglio durante il trasporto, farsi confermare tempestivamente dall'ufficio competente (direzione dell'hotel, guida turistica, compagnia di trasporti, ecc.) le cause, le circostanze e l'entità del danno in un verbale di accertamento dei fatti, sul quale dovrà anche richiedere un indennizzo e
c) informare immediatamente per iscritto l'ERV motivando le richieste dopo il rientro dal viaggio.

All'ERV dovranno essere consegnati i seguenti documenti:

a) l'originale del verbale di accertamento dei fatti (rapporto della polizia, denuncia di smarrimento del biglietto aereo, ecc.),
b) la conferma in originale, gli scontrini o le ricevute di acquisto e
c) la copia della polizza d'assicurazione.

Gli oggetti danneggiati devono essere messi a disposizione dell'ERV.

9. Foro competente

In caso di controversie derivanti da questa assicurazione bagagli, la parte ricorrente può adire il tribunale del domicilio svizzero o della sede dell'ente assicuratore (Assicurazione viaggi europea, Basilea).

ÖKK PROTECT

Coop Protezione Giuridica SA, edizione 1.1.2022

INDICE

1.	**Fondamenti assicurativi**	**51**
1.1	Ente assicuratore	51
1.2	Disposizioni comuni	51
1.3	Validità territoriale	51
1.4	Ambito di validità temporale	51
1.5	Persone assicurate	51
1.6	Inizio, durata e fine dell'assicurazione	51
1.7	Scioglimento del contratto collettivo	51
2.	**Entità della copertura**	**51**
2.1	Basi contrattuali	51
2.2	Controversie assicurate	51
2.3	Sussidiarietà	51
2.4	Controversie non assicurate	51
3.	**Prestazioni assicurative**	**51**
4.	**Caso di protezione giuridica**	**52**
4.1	Notifica di caso di protezione giuridica	52
4.2	Elaborazione di un caso di protezione giuridica	52
4.3	Procedura in caso di divergenze di opinione	52
5.	**Foro competente**	**52**

1. Fondamenti assicurativi

1.1 Ente assicuratore

L'ente assicuratore è Coop Protezione Giuridica SA, Entfelderstrasse 2, 5000 Aarau (in seguito: assicuratore).

ÖKK Versicherungen AG (in seguito: ÖKK), in qualità di beneficiaria dell'assicurazione, ha siglato un contratto di assicurazione collettiva con Coop Protezione Giuridica SA, in qualità di assicuratore, per la concessione della protezione giuridica in materia sanitaria.

La persona assicurata gode di un diritto di credito diretto nei confronti di Coop Protezione Giuridica SA. ÖKK non si assume alcuna responsabilità per pretese derivanti da questa assicurazione di protezione giuridica.

ÖKK Kranken- und Unfallversicherung AG, Landquart, (in seguito: ÖKK KUV AG) è autorizzata a intraprendere tutte le azioni in nome e per conto di ÖKK.

1.2 Disposizioni comuni

Fanno stato le Disposizioni comuni (DC) della linea di prodotti ÖKK UNO o ÖKK LIVE riportate nella polizza assicurativa. Esse sono parte integrante delle disposizioni del presente prodotto assicurativo. Qualora le disposizioni del presente prodotto assicurativo divergano dalle DC, le disposizioni del presente prodotto assicurativo hanno la precedenza sulle DC.

1.3 Validità territoriale

La copertura assicurativa vale in tutto il mondo.

1.4 Ambito di validità temporale

La protezione giuridica viene concessa per controversie che si presentano durante la durata dell'assicurazione. Il caso subentra al momento della violazione del diritto; nei casi di diritto assicurativo al momento in cui subentra l'evento assicurato. Con lo scioglimento di questa assicurazione cessa anche il diritto alla protezione giuridica per i casi avvenuti successivamente.

1.5 Persone assicurate

Sono assicurate le persone che hanno stipulato l'assicurazione ÖKK PROTECT presso ÖKK.

L'assicurazione include in aggiunta
- tutte le persone assicurate presso ÖKK in una polizza comune con la persona menzionata in precedenza;
- bambini e giovani fino a 18 anni compiuti che vivono nella stessa economia domestica della persona menzionata in precedenza e assicurati presso ÖKK.

In caso di decesso della persona assicurata a seguito di un evento assicurato, i suoi successori in diritto sono assicurati per questo caso.

1.6 Inizio, durata e fine dell'assicurazione

Inizio, durata e fine dell'assicurazione si orientano alle DC applicabili in base alla polizza.

1.7 Scioglimento del contratto collettivo

L'assicurazione cessa con lo scioglimento del contratto collettivo tra l'assicuratore e ÖKK Versicherungen AG. Lo scioglimento deve essere comunicato per iscritto alla persona assicurata al più tardi un mese prima dell'estinzione della copertura assicurativa.

2. Entità della copertura

2.1 Basi contrattuali

Il contenuto del contratto si basa sulle presenti Condizioni generali di assicurazione ÖKK PROTECT, sulla Legge federale sul contratto di assicurazione (LCA), sulla Legge federale sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione (LSA), nonché sull'Ordinanza sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione private (OS).

2.2 Controversie assicurate

Nell'ambito di un danno alla salute, sono assicurate le seguenti controversie:
- controversie relative al diritto della responsabilità civile (ad es. con fornitori di prestazioni mediche, detentori di veicoli a motore dopo incidenti della circolazione, ecc.), in particolare:
  - l'esercizio del diritto al risarcimento dei danni provocati da errori medici;
  - l'obbligo di informazione nei confronti della persona assicurata concernente possibili ripercussioni di provvedimenti medici;
  - carenza di informazioni e rifiuto di informazione, in particolare concernenti
    - consultazione di documenti relativi a visite;
    - consegna di radiografie e
  - omissione di visite.
- controversie relative al diritto assicurativo (ad es. con l'assicurazione di responsabilità civile, con l'assicurazione infortuni, l'assicurazione malattie e l'assicurazione invalidità).

2.3 Sussidiarietà

Il diritto alla protezione giuridica esiste solo se e nella misura in cui le prestazioni non devono essere erogate da un altro assicuratore. Sono escluse dalla sussidiarietà le controversie con fornitori di prestazioni mediche e con le loro assicurazioni responsabilità civile.

2.4 Controversie non assicurate

Non sono assicurati:
- i casi non espressamente elencati;
- casi verificatisi prima dell'entrata in vigore della presente assicurazione;
- controversie della persona assicurata con Coop Protezione Giuridica SA e i suoi organi, nonché nei confronti di incaricati;
- casi relativi a
  - trattamenti psichiatrici e psicoterapeutici;
  - onorari e fatture (escluse le prestazioni non fornite);
  - fatture dei premi di ÖKK;
  - il rifiuto del diritto al risarcimento danni.

3. Prestazioni assicurative

L'assicuratore concede le prestazioni seguenti:
- la tutela degli interessi giuridici da parte del servizio giuridico di Coop Protezione Giuridica;
- la copertura fino a un massimo di CHF 250'000 per caso (o CHF 50'000 in casi al di fuori dell'Europa e dei Paesi del Mediterraneo):
  - dei costi dei legali incaricati;
  - dei costi dei periti incaricati;
  - delle spese giudiziarie e procedurali a carico della persona assicurata;
  - delle tasse d'incasso per l'indennizzo accordato alla persona assicurata;
  - delle indennità processuali da versare alla controparte;

Non sono coperti:
- risarcimento danni;
- i costi che deve assumere un terzo responsabile.

Le spese procedurali e per gli avvocati accordate della persona assicurata devono essere inoltrate all'assicuratore.

4. Caso di protezione giuridica

4.1 Notifica di caso di protezione giuridica

L'insorgere di un caso di protezione giuridica deve essere notificato immediatamente all'assicuratore o a ÖKK, per iscritto se lo richiede. La persona assicurata deve sostenere l'assicuratore nell'elaborazione del caso di protezione giuridica, deve rilasciare le procure e le informazioni necessarie, nonché inoltrare immediatamente le comunicazioni che riceve, in particolare dalle autorità. In caso di violazione di questi obblighi per propria colpa, l'assicuratore può ridurre le sue prestazioni in modo proporzionale ai costi aggiuntivi risultati. In caso di violazione grave, le prestazioni possono essere rifiutate.

4.2 Elaborazione di un caso di protezione giuridica

L'assicuratore adotta i provvedimenti adeguati alla tutela degli interessi della persona assicurata, previo accordo con la stessa. Se il coinvolgimento di un avvocato si rende necessario, in particolare per procedure giudiziarie o amministrative o a causa di conflitti di interesse, la persona assicurata può sceglierlo liberamente. Se non vi sono motivi validi per cambiare l'avvocato, la persona assicurata deve assumere le spese risultanti da un cambiamento.

4.3 Procedura in caso di divergenze di opinione

In presenza di divergenze di opinione in merito all'ulteriore procedura, in particolare in casi ritenuti senza possibilità di successo dall'assicuratore, su richiesta della persona assicurata viene avviata una procedura arbitrale. La funzione di arbitro viene attribuita a una persona scelta insieme dalle due parti. Per il resto, la procedura si basa sulle disposizioni sull'arbitrato contenute nel Codice di diritto processuale civile svizzero (CPC). Se una persona assicurata si assume i costi del processo, le prestazioni contrattuali vengono erogate se nella causa principale il risultato è meno costoso rispetto a quanto stabilito dall'assicuratore.

5. Foro competente

Il foro competente è il domicilio svizzero della persona assicurata oppure Aarau.

ÖKK CAPITALE DI RISCHIO IN CASO DI DECESSO O INVALIDITÀ IN SEGUITO A INFORTUNIO

SOLIDA Versicherungen AG, edizione 1.1.2023

INDICE

1.	**Fondamenti assicurativi**	**54**
1.1	Ente assicuratore	54
1.2	Disposizioni comuni	54
1.3	Validità territoriale	54
1.4	Ambito di validità temporale	54
1.5	Stipula dell'assicurazione	54
1.6	Determinazione dell'età	54
1.7	Persone assicurate	54
1.8	Inizio, durata e fine dell'assicurazione	54
1.9	Modifiche di copertura	54
1.10	Scioglimento del contratto collettivo di assicurazione	54
1.11	Modifiche contrattuali	54
2.	**Entità della copertura**	**54**
3.	**Somme assicurate**	**54**
3.1	Entità delle somme assicurate	54
3.2	Somme assicurate massime	54
4.	**Assicurazione di capitale in caso di decesso**	**55**
4.1	Persone beneficiarie	55
4.2	Doppia somma in caso di decesso	55
4.3	Deduzione del capitale d'invalidità	55
5.	**Assicurazione di capitale per invalidità**	**55**
5.1	Principio	55
5.2	Invalidità completa	55
5.3	Invalidità parziale	55
5.4	Deturpazione grave	56
5.5	Disfunzioni fisiche preesistenti	56
5.6	Indennizzo in caso di invalidità	56
6.	**Limitazioni delle prestazioni**	**56**
6.1	Principio	56
6.2	Esclusione di prestazioni	56
6.3	Riduzioni di prestazioni	57
6.4	Decesso provocato da una persona avente diritto a prestazioni	57
7.	**Costi di riqualificazione professionale**	**57**
8.	**Indennizzi**	**57**
9.	**Comportamento in caso di sinistro**	**57**
10.	**Comunicazioni all'assicuratore**	**57**
11.	**Luogo di adempimento e foro competente**	**57**
12.	**Diritto applicabile**	**57**

1. Fondamenti assicurativi

1.1 Ente assicuratore

L'ente assicuratore è SOLIDA Versicherungen AG, Zurigo (in seguito: assicuratore).

ÖKK Versicherungen AG (in seguito: ÖKK), in qualità di beneficiaria dell'assicurazione, ha stipulato un contratto di assicurazione collettiva con SOLIDA, in qualità di assicuratore, per la concessione della copertura assicurativa in caso di decesso e invalidità a causa di infortunio.

I clienti di ÖKK possono assicurarsi con SOLIDA contro le conseguenze economiche di decesso e invalidità presentando una domanda a ÖKK.

Ne consegue che il cliente di ÖKK non ha alcun rapporto contrattuale con SOLIDA. Tuttavia, ai sensi della legge sul contratto d'assicurazione, al verificarsi di un evento assicurato, la persona assicurata può far valere i propri diritti direttamente nei confronti di SOLIDA. ÖKK non si assume alcuna responsabilità per pretese derivanti da questa assicurazione contro gli infortuni.

ÖKK Kranken- und Unfallversicherung AG, Landquart, (in seguito: ÖKK KUV AG) è autorizzata a intraprendere tutte le azioni in nome e per conto di ÖKK.

1.2 Disposizioni comuni

Fanno stato le Disposizioni comuni (DC) della linea di prodotti ÖKK UNO o ÖKK LIVE riportate nella conferma d'assicurazione. Le DC si applicano a questa assicurazione collettiva mutatis mutandis e sono parte integrante delle disposizioni del presente prodotto assicurativo. Qualora le disposizioni del presente prodotto assicurativo divergano dalle DC, le disposizioni del presente prodotto assicurativo hanno la precedenza sulle DC.

1.3 Validità territoriale

La copertura assicurativa vale in tutto il mondo. In caso di trasferimento all'estero, l'assicurazione termina con l'anno civile del trasferimento (eccetto se l'assicurazione è stata sospesa).

1.4 Ambito di validità temporale

Un infortunio e le relative conseguenze sono assicurati se l'infortunio si è verificato nel corso della durata della copertura assicurativa.

1.5 Stipula dell'assicurazione

L'assicurazione può essere stipulata fino al compimento dei 65 anni.

1.6 Determinazione dell'età

L'età determinante della persona assicurata per l'assicurazione corrisponde alla differenza tra l'anno civile e l'anno di nascita.

1.7 Persone assicurate

Sono assicurate persone singole che si sono annunciate per un'assicurazione contro gli infortuni conformemente alle presenti CGA e hanno ricevuto la conferma d'assicurazione.

1.8 Inizio, durata e fine dell'assicurazione

Inizio, durata e fine dell'assicurazione si orientano alle DC applicabili in base alla conferma d'assicurazione.

1.9 Modifiche di copertura

Un aumento della somma assicurata è possibile fino al compimento del 65esimo anno.

1.10 Scioglimento del contratto collettivo di assicurazione

La copertura assicurativa termina con lo scioglimento del contratto collettivo di assicurazione tra l'assicuratore e ÖKK Versicherungen AG. Lo scioglimento deve essere comunicato per iscritto alla persona assicurata al più tardi un mese prima della fine della copertura assicurativa.

1.11 Modifiche contrattuali

Se le CGA vengono modificate a partire dall'anno civile successivo, si applicano al partner contrattuale ÖKK le nuove condizioni assicurative. ÖKK comunica la modifica entro 30 giorni dalla fine dell'anno civile.

Il partner contrattuale ha diritto a disdire il contratto per la fine dell'anno civile in corso. La disdetta si intende presentata per tempo se perviene a ÖKK non oltre l'ultimo giorno dell'anno civile. Se il partner contrattuale di ÖKK omette di presentare disdetta, tale omissione è considerata come approvazione della modifica delle CGA.

2. Entità della copertura

L'assicurazione copre tutti gli infortuni professionali e non professionali, incluse le malattie professionali, nella misura in cui siano soggetti all'obbligo di indennità al momento del loro avvenimento in virtù della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (artt. 6–9 LAINF).

Un infortunio è considerato tale quando un fattore esterno inconsueto ha un effetto improvviso, non intenzionale e dannoso sul corpo umano, che ha come conseguenza un pregiudizio della salute fisica, mentale o psichica, o la morte.

Le seguenti lesioni corporali elencate in maniera esaustiva sono equiparate a infortuni, sempre che non siano dovute prevalentemente all'usura o a una malattia: fratture, lussazioni di articolazioni, lacerazioni del menisco, lacerazioni muscolari, stiramenti muscolari, lacerazioni dei tendini, lesioni dei legamenti, lesioni del timpano.

Non rappresentano lesioni corporali ai sensi del capoverso precedente i danni non imputabili a infortuni causati a oggetti applicati in seguito a malattia e che sostituiscono una parte del corpo o una sua funzione.

Sono altresì considerati infortuni:
- danni alla salute causati dall'inalazione involontaria di gas e vapori e dall'assunzione per errore di sostanze velenose e caustiche;
- annegamento e
- i danni alla salute seguenti, nella misura in cui la persona assicurata li subisce involontariamente ed essi sono stati causati da un infortunio assicurato: assideramenti, colpi di calore, insolazioni, nonché danni alla salute dovuti alla radiazione ultravioletta, escluse le scottature solari.

Non sono considerati infortuni le malattie di ogni genere, soprattutto malattie infettive, danni causati dall'esposizione ad amianto, patologie conseguenti all'effetto di raggi ionizzanti nonché i danni causati da interventi di salvataggio e da esami diagnostici non correlati a un infortunio assicurato, come pure gli interventi sul proprio corpo.

3. Somme assicurate

3.1 Entità delle somme assicurate

Valgono le somme assicurate indicate nella conferma d'assicurazione.

3.2 Somme assicurate massime

3.2.1 Somme assicurate massime per bambini

Per bambini e ragazzi fino a 15 anni la somma assicurata massima in caso di decesso ammonta a CHF 20'000.

Il capitale legale in caso di decesso versato dalla presente e da altre assicurazioni ammonta a massimo CHF 2'500 per i bambini che non hanno ancora due anni e mezzo e a massimo CHF 20'000 per i bambini che non hanno ancora compiuto 12 anni.

3.2.2 Somme assicurate massime in età avanzata

Le somme assicurate massime per persone assicurate a partire dai 66 anni (cfr. cifra 1.6) ammontano a CHF 20'000 in caso di decesso e a CHF 100'000 in caso di invalidità.

Somme assicurate maggiori vengono automaticamente ridotte alle somme assicurate massime per l'inizio del nuovo anno civile.

La progressione dell'assicurazione invalidità decade.

4. Assicurazione di capitale in caso di decesso

4.1 Persone beneficiarie

Se l'infortunio provoca il decesso immediato o entro cinque anni della persona assicurata, l'assicuratore eroga la somma assicurata per il caso morte, a condizione che al momento dell'infortunio fosse in essere una copertura contro gli infortuni,

- al coniuge superstite o al partner registrato;
- in sua assenza, ai figli legittimi, figli adottivi e figliastri in egual misura
- in sua assenza ai figli, ai figli adottivi e ai figliastri in parti uguali;
- in loro assenza ai genitori in parti uguali;
- in loro assenza ai fratelli e alle sorelle, in egual misura.

Coniugi e figli di un matrimonio celebrato dopo l'infortunio non hanno diritto a prestazioni.

La persona assicurata può – con comunicazione scritta a ÖKK e in deroga alla norma riportata qui sopra – designare beneficiari o escludere aventi diritto. Una dichiarazione di questo tipo può essere revocata o modificata per iscritto in ogni momento.

In assenza di tutti gli aventi diritto citati, l'assicuratore rimborsa le spese di sepoltura, tuttavia al massimo il 10% della somma assicurata fino a un massimo di CHF 10'000.

La prestazione assicurativa è dovuta indipendentemente dal fatto che l'evento assicurato abbia o non abbia provocato una perdita patrimoniale (assicurazione di somme).

4.2 Doppia somma in caso di decesso

Se lo stesso infortunio provoca il decesso di ambedue i genitori o di un partner registrato, l'assicuratore versa in parti uguali ai figli, figliastri e figli adottivi minorenni o permanentemente inabili al lavoro che necessitano di assistenza il doppio del capitale in caso di decesso di ogni genitore o partner registrato assicurato.

4.3 Deduzione del capitale d'invalidità

Dal capitale in caso di decesso viene dedotto l'eventuale capitale d'invalidità già versato per lo stesso infortunio.

5. Assicurazione di capitale per invalidità

5.1 Principio

Se l'infortunio provocherà presumibilmente un'invalidità medico-teorica permanente di una persona assicurata, l'assicuratore versa, se al momento dell'infortunio era in essere una copertura contro gli infortuni, la somma di assicurazione concordata in caso di invalidità:

- in caso di invalidità completa l'intera somma assicurata,
- in caso di invalidità parziale una parte della somma assicurata corrispondente al grado di invalidità.

La determinazione definitiva del grado di invalidità avviene solamente sulla base dello stato di salute permanente presumibile della persona assicurata. L'assicuratore può comunque far constatare il grado di invalidità in via definitiva cinque anni dopo l'infortunio o più tardi. Viene rilevato il grado di invalidità vigente al momento della determinazione. Le modifiche al grado di invalidità intervenute successivamente a questo termine, così come le ricadute e le conseguenze tardive, non sono più assicurate. Un'incapacità al guadagno o al lavoro intervenuta a causa dell'evento non viene considerata nella determinazione del grado di invalidità.

Ha diritto al capitale di invalidità esclusivamente la persona assicurata.

5.2 Invalidità completa

È considerata invalidità completa

- la perdita o l'incapacità dell'uso di ambedue le braccia o mani;
- la perdita o l'incapacità dell'uso di ambedue le gambe o piedi o la contemporanea perdita di un braccio o di una mano e di una gamba o di un piede;
- paralisi totale e/o
- cecità completa.

5.3 Invalidità parziale

In caso di invalidità parziale viene versata quella parte della somma assicurata prevista per l'invalidità totale corrispondente al grado d'invalidità. La determinazione del grado d'invalidità avviene in base alla scala seguente:

perdita o incapacità completa dell'uso di

– parte superiore del braccio	70%
– avambraccio	65%
– mano	60%
– pollice con metacarpo	25%
– pollice, metacarpo conservato	22%
– parte anteriore del pollice	10%
– indice	15%
– medio	10%
– anulare	9%
– mignolo	7%
– parte superiore della gamba	60%
– parte inferiore della gamba	50%
– piede	45%
– alluce	8%
– dito del piede	3%
– vista da un occhio	30%
– vista dal secondo occhio per persone non vedenti da un occhio	50%
– udito completo	60%
– udito da un orecchio	15%
– udito da un orecchio, se quello dell'altro orecchio era già completamente perso prima del caso assicurativo	30%
– olfatto	10%
– gusto	10%
– rene	20%
– milza	5%
– grande limitazione funzionale molto dolorosa della spina dorsale	50%

In caso di perdita soltanto parziale o di incapacità all'uso soltanto parziale si applica un grado d'invalidità corrispondentemente ridotto.

Se la determinazione del grado di invalidità in base alla scala non è possibile, essa avviene secondo le direttive per il calcolo della menomazione dell'integrità conformemente alla Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) e all'Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF).

In caso di perdita o incapacità dell'uso contemporanea di più arti a seguito dello stesso infortunio, il grado di invalidità viene di regola determinato tramite addizione delle aliquote percentuali. Il grado di invalidità non può tuttavia superare il 100%. In caso di perdita di tutte le dita di una mano viene versato al massimo il capitale di invalidità che entrerebbe in considerazione per la perdita della mano corrispondente.

5.4 Deturpazione grave

Per le deturpazioni gravi e durevoli del corpo umano in seguito a infortunio (danni estetici come ad es. cicatrici) per le quali non è previsto un capitale d'invalidità, che però comportano un aggravio della posizione sociale della persona assicurata, l'assicuratore corrisponde al massimo le seguenti aliquote della somma assicurata concordata per l'invalidità:

- 10% in caso di deturpazione del viso,
- 5% in caso di deturpazione di altre parti del corpo normalmente visibili.

La prestazione per danni estetici è inoltre limitata a CHF 20'000.

La progressione decade.

5.5 Disfunzioni fisiche preesistenti

Se disfunzioni fisiche preesistenti, eccetto la perdita del secondo occhio o dell'udito del secondo orecchio, hanno aggravato le conseguenze dell'infortunio, non si contempla una prestazione di valore più elevato. Se precedentemente all'infortunio parti corporee risultavano già completamente o parzialmente pregiudicate o compromesse nella capacità d'uso, al momento della determinazione del grado d'invalidità sarà dedotto il grado d'invalidità preesistente stabilito secondo i criteri di cui sopra.

Se malattie o infermità preesistenti che non sono state provocate dall'infortunio hanno aggravato nettamente le conseguenze dell'infortunio, le prestazioni assicurative vengono ridotte in modo proporzionale già al momento della determinazione del grado di invalidità e non soltanto al momento della determinazione del capitale d'invalidità.

5.6 Indennizzo in caso di invalidità

In caso di invalidità superiore al 25% l'indennizzo aumenta progressivamente fino al 350% della somma assicurata.

Grado d'invalidità (%)	Indennizzo (%) della somma d'assicurazione	Grado d'invalidità (%)	Indennizzo (%) della somma d'assicurazione
1	1	28	34
2	2	29	37
3	3	30	40
4	4	31	43
5	5	32	46
6	6	33	49
7	7	34	52
8	8	35	55
9	9	36	58
10	10	37	61
11	11	38	64
12	12	39	67
13	13	40	70
14	14	41	73
15	15	42	76
16	16	43	79
17	17	44	82
18	18	45	85
19	19	46	88
20	20	47	91
21	21	48	94
22	22	49	97
23	23	50	100
24	24	51	105
25	25	52	110
26	28	53	115
27	31	54	120

Grado d'invalidità (%)	Indennizzo (%) della somma d'assicurazione	Grado d'invalidità (%)	Indennizzo (%) della somma d'assicurazione
55	125	78	240
56	130	79	245
57	135	80	250
58	140	81	255
59	145	82	260
60	150	83	265
61	155	84	270
62	160	85	275
63	165	86	280
64	170	87	285
65	175	88	290
66	180	89	295
67	185	90	300
68	190	91	305
69	195	92	310
70	200	93	315
71	205	94	320
72	210	95	325
73	215	96	330
74	220	97	335
75	225	98	340
76	230	99	345
77	235	100	350

6. Limitazioni delle prestazioni

6.1 Principio

Non trovano applicazione le condizioni relative alle limitazioni delle prestazioni delle DC applicabili in base alla conferma d'assicurazione.

6.2 Esclusione di prestazioni

Non sussiste alcun diritto alle prestazioni assicurative:

a) a seguito di guerre, guerre civili o situazioni simili a guerre;
   - in Svizzera, nel Principato del Liechtenstein o nei Paesi limitrofi;
   - all'estero, a meno che l'infortunio avvenga entro 14 giorni dalla prima insorgenza di tali avvenimenti nel Paese in cui la persona assicurata soggiorna e che essa sia stata sorpresa dagli eventi bellici in tale Paese;

b) a seguito di terremoti in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein;

c) a seguito di pericoli straordinari. Sono considerati tali:
   - servizio militare all'estero;
   - partecipazione a eventi bellici o ad atti terroristici;
   - partecipazione a risse e scontri, a meno che la persona assicurata sia rimasta ferita senza essere coinvolta o prestando aiuto a persona inerme;
   - pericoli cui la persona assicurata si espone con atti provocatori;
   - conseguenze di disordini di ogni genere, a meno che la persona assicurata provi di non aver collaborato direttamente o indirettamente con gli istigatori dei disordini in questione;

d) conseguenti o concomitanti a crimini o delitti commessi intenzionalmente o per negligenza dell'assicurato, al tentativo di parteciparvi o alla partecipazione;

e) a seguito dell'effetto di raggi ionizzanti e danni derivanti da energia nucleare;

f) nel caso di incidenti in cui la persona assicurata presenti un tasso alcolemico uguale o superiore al 2 per mille, a meno che sia esclusa con ogni evidenza una relazione causale tra lo stato di ebrezza e l'infortunio;

g) quale conseguenza di atti temerari (azioni con cui la persona assicurata si espone a un pericolo particolarmente grave senza prendere o poter prendere le precauzioni per limitare il rischio a un livello ragionevole);
h) a seguito di suicidio o danni alla salute che la persona assicurata si è provocata intenzionalmente o in uno stato di completa o parziale incapacità di discernimento;
i) a seguito dell'assunzione o l'iniezione intenzionale di medicamenti, droghe e prodotti chimici;
j) quale conseguenza di interventi medici o chirurgici che non si sono resi necessari in seguito a un infortunio assicurato,
k) durante l'uso di velivoli in qualità di pilota militare, altro membro dell'equipaggio militare e granatiere paracadutista;
l) durante lanci con i paracaduti militari;
m) durante viaggi aerei, se la persona assicurata viola intenzionalmente prescrizioni delle autorità o se non è in possesso dei documenti e delle autorizzazioni ufficiali;
n) in caso di partecipazione ai costi legali e regolamentari della persona assicurata nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria per le cure medico-sanitarie.

6.3 Riduzioni di prestazioni

6.3.1 Negligenza grave

L'assicuratore rinuncia al diritto di ridurre le prestazioni in caso di grave negligenza nel provocare l'infortunio assicurato.

6.3.2 Fattori estranei all'infortunio

Se fattori estranei all'infortunio influiscono sul decorso di un infortunio assicurato, l'assicuratore accorda solo una parte delle prestazioni convenute che verrà stabilita sulla base di una perizia medica. In questo contesto, i fattori estranei all'infortunio vengono dedotti già al momento della determinazione del grado d'invalidità e non soltanto al momento della determinazione del capitale d'invalidità.

6.3.3 Violazione dei doveri in caso di sinistro

In caso di violazione colposa degli obblighi da parte della persona assicurata, le prestazioni possono essere ridotte.

6.3.4 Ulteriori riduzioni di prestazioni

Ulteriori riduzioni delle prestazioni si basano sulle disposizioni della LAINF vigenti al momento dell'infortunio oppure dell'insorgere della malattia professionale (art. 37–39).

6.4 Decesso provocato da una persona avente diritto a prestazioni

Se una persona ha causato la morte della persona assicurata in seguito o in concomitanza con l'esecuzione, intenzionale o per negligenza, di crimini o delitti o con il tentativo di parteciparvi, essa non ha alcun diritto a percepire il capitale di decesso.

Alla persona beneficiaria che ha provocato con negligenza grave il decesso della persona assicurata vengono ridotte le prestazioni a cui ha diritto. In casi particolarmente gravi, le prestazioni possono essere negate.

7. Costi di riqualificazione professionale

Qualora sia necessaria una riqualificazione professionale in seguito a un infortunio per cui l'assicuratore ha fornito delle prestazioni, l'assicuratore si assume le relative spese appropriate, al massimo il 10% della somma d'invalidità assicurata.

8. Indennizzi

Valgono mutatis mutandis le condizioni relative ai premi e ai pagamenti, di cui è prevista l'applicazione in base alla conferma d'assicurazione, riportate nelle DC.

La quota per la copertura è calcolata in base all'appartenenza alla fascia di età della persona assicurata e all'entità delle somme assicurate. Le quote sono sempre garantite per un anno civile. Non vi è garanzia delle tariffe.

Le fasce di età sono da 0 a 3 anni, da 4 a 15 anni, da 16 a 20 anni e da 21 a 65 anni. L'ultima fascia d'età comprende le persone più anziane.

9. Comportamento in caso di sinistro

Un infortunio che provocherà presumibilmente un obbligo di prestazione da parte dell'assicuratore va notificato immediatamente a ÖKK.

Un decesso deve essere notificato subito, al più tardi entro dieci giorni.

La persona assicurata deve sottoporsi alle visite e alle prescrizioni dei medici incaricati dall'assicuratore a sue spese.

In caso di omissione, la persona assicurata perde tutti i diritti ed è tenuta a fornire all'assicuratore entro 30 giorni dal corrispondente sollecito scritto ogni informazione richiesta concernente lo stato di salute precedente e attuale, il decorso dell'infortunio e la guarigione. La persona assicurata e le persone aventi diritto devono motivare a proprie spese con attestati medici i loro diritti. Gli attestati medici possono essere raccolti anche dall'assicuratore.

La persona assicurata è tenuta a esonerare 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 la persona assicurata o gli aventi diritto non adempiono per colpa propria a uno di questi doveri, l'assicuratore può dedurre dalle prestazioni la somma che sarebbe stata risparmiata in caso di notifica tempestiva e regolare, a meno che la persona assicurata o gli aventi diritto provino che la violazione del contratto non ha influito sulle conseguenze dell'infortunio e sulle relative constatazioni.

10. Comunicazioni all'assicuratore

Tutte le comunicazioni e gli avvisi vanno indirizzati a ÖKK. L'assicuratore riconosce queste comunicazioni e questi avvisi come se fossero stati effettuati a lui. Tutte le comunicazioni da parte dell'assicuratore avvengono con validità giuridica all'ultimo indirizzo indicato in Svizzera dalla persona assicurata o avente diritto.

11. Luogo di adempimento e foro competente

Oltre al foro competente di Zurigo, per le controversie derivanti dal presente contratto l'assicuratore riconosce anche il foro competente presso il domicilio svizzero della persona assicurata o avente diritto. L'assicuratore adempie i suoi obblighi presso il domicilio della persona assicurata o avente diritto.

12. Diritto applicabile

Per il resto, per la presente assicurazione si applicano le prescrizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

ÖKK CAPITALE DI RISCHIO IN CASO DI DECESSO O INVALIDITÀ IN SEGUITO A MALATTIA

Squarelife Insurance AG, edizione 1.1.2023

INDICE

1.	**Fondamenti assicurativi**	**59**
1.1	Fondamenti	59
1.2	Scopo e contenuto dell'assicurazione	59
1.3	Disposizioni comuni	59
1.4	Parti contrattuali e rapporti assicurativi	59
1.5	Persone assicurate	59
1.6	Anno assicurativo	59
1.7	Determinazione dell'età	59
1.8	Ammissione all'assicurazione	59
2.	**Domanda di ammissione**	**59**
2.1	Inizio della copertura assicurativa	59
2.2	Domanda di ammissione	59
2.3	Nessuna protezione assicurativa	59
2.4	Cessazione della copertura assicurativa	59
2.5	Validità territoriale della copertura assicurativa	59
3.	**Inizio, durata e fine dell'assicurazione**	**59**
3.1	Inizio e durata dell'assicurazione	59
3.2	Modifica dell'assicurazione	59
3.3	Sospensione dell'assicurazione	59
3.4	Fine dell'assicurazione	59
4.	**Prestazioni**	**60**
4.1	Panoramica delle prestazioni	60
4.2	Definizione dei termini	60
4.3	Somme assicurate	60
4.4	Capitale di invalidità	60
4.5	Capitale di decesso	61
4.6	Nessun diritto a prestazioni assicurative	62
4.7	Diritto a prestazioni assicurative ridotto	62
5.	**Obblighi della persona assicurata**	**63**
5.1	Obbligo di notifica e verifica dello stato di salute	63
5.2	Comportamento in caso di sinistro	63
5.3	Obbligo di collaborazione in caso di malattia	63
5.4	Comunicazioni e avvisi	63
6.	**Quota**	**63**
7.	**Disposizioni particolari**	**63**
7.1	Servizio militare	63
7.2	Luogo di adempimento	63
7.3	Foro competente e diritto applicabile	63

1. Fondamenti assicurativi

1.1 Fondamenti

I fondamenti del contratto «ÖKK CAPITALE DI RISCHIO IN CASO DI DECESSO O INVALIDITÀ IN SEGUITO A MALATTIA» sono composti dalla domanda individuale di ammissione, dalla conferma di assicurazione, dalle Disposizioni comuni (DC) e dalle Condizioni generali di assicurazione (CGA CDI-M) in merito all'assicurazione capitale di rischio in caso di decesso o invalidità in seguito a malattia, nonché, a titolo sussidiario, dalle disposizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

1.2 Scopo e contenuto dell'assicurazione

Lo scopo della presente assicurazione capitale di rischio consiste nella protezione delle persone assicurate contro le conseguenze economiche in caso di decesso e invalidità conseguente a malattia.

Il contenuto della presente assicurazione capitale di rischio consiste in una prestazione in capitale unica per la copertura delle conseguenze economiche in caso di decesso o invalidità conseguente a malattia.

1.3 Disposizioni comuni

Fanno stato le Disposizioni comuni (DC) della linea di prodotti ÖKK UNO o ÖKK LIVE riportate nella conferma d'assicurazione. Esse sono parte integrante delle disposizioni del presente prodotto assicurativo. Qualora le disposizioni del presente prodotto assicurativo divergano dalle DC, le disposizioni del presente prodotto assicurativo hanno la precedenza sulle DC.

1.4 Parti contrattuali e rapporti assicurativi

ÖKK Versicherungen AG (di seguito: ÖKK), in qualità di beneficiaria dell' assicurazione, ha stipulato un contratto di assicurazione collettiva con Squarelife Insurance AG, 9491 Ruggell, Liechtenstein (di seguito: Squarelife), in qualità di assicuratore.

In virtù di questo contratto, le persone assicurate godono di un diritto di credito diretto nei confronti di ÖKK (art. 95a LCA e art. 98 LCA).

1.5 Persone assicurate

Sono assicurabili le persone singole con domicilio in Svizzera.

1.6 Anno assicurativo

L'anno assicurativo 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 all'assicurazione

La persona richiedente deve trasmettere la domanda di ammissione dopo averla compilata in modo completo e veritiero. L'ammissione non è sempre possibile.

Se l'ammissione all'assicurazione viene richiesta nei primi 90 giorni di vita a decorrere dalla nascita della persona assicurata, non è necessaria alcuna verifica dello stato di salute.

2. Domanda di ammissione

2.1 Inizio della copertura assicurativa

La copertura assicurativa inizia il giorno comunicato per iscritto da ÖKK al partner contrattuale, tuttavia non prima della data indicata sulla conferma di assicurazione se la persona assicurata al momento dell'inizio della copertura assicurativa dispone della completa capacità lavorativa.

2.2 Domanda di ammissione

La persona richiedente deve compilare in modo completo e veritiero la domanda di ammissione, firmarla e trasmetterla a ÖKK. La persona assicurata o il suo rappresentante legale deve rispondere in modo completo e veritiero alle domande in merito allo stato di salute e ad altre caratteristiche di rischio.

2.3 Nessuna protezione assicurativa

Non sussiste alcuna copertura assicurativa se il sinistro è da ricondurre a una malattia, un'infermità o a conseguenze di un infortunio presenti già prima dell'inizio della copertura assicurativa.

Inoltre, non sussiste alcuna copertura assicurativa per neonati nei primi 90 giorni di vita, nonché per casi assicurativi riconducibili a una malattia, a un'infermità o a conseguenze di un infortunio insorte nei primi 90 giorni di vita.

2.4 Cessazione della copertura assicurativa

Se la persona assicurata partecipa a interventi militari in zone di crisi per l'attuazione di misure di mantenimento della pace (ad es. partnership con caschi blu dell'ONU, berretti gialli dell'OCSE, ecc.), la copertura assicurativa cessa.

2.5 Validità territoriale della copertura assicurativa

La copertura assicurativa vale in tutto il mondo.

3. Inizio, durata e fine dell'assicurazione

3.1 Inizio e durata dell'assicurazione

L'assicurazione inizia al più presto con la nascita e al più tardi il giorno del compimento del 60esimo anno di età della persona assicurata (età di stipula).

Il rapporto assicurativo dura al massimo fino al giorno del compimento del 65esimo anno di età della persona assicurata (limite d'età).

Prima del raggiungimento dell'età di stipula, la stipula dell'assicurazione è sempre possibile, anche durante l'anno civile. L'assicurazione può essere richiesta con validità a partire da ogni primo giorno del mese.

3.2 Modifica dell'assicurazione

Per aumentare la somma assicurata nel quadro delle fasce di età e delle somme assicurate predefinite, la persona assicurata può inoltrare una corrispondente domanda prima del raggiungimento dell'età di stipula. ÖKK non è tuttavia obbligata ad accettarla.

3.3 Sospensione dell'assicurazione

La sospensione dell'assicurazione non è consentita.

3.4 Fine dell'assicurazione

L'assicurazione termina
- in caso di decesso della persona assicurata,
- con il pagamento del capitale di decesso in caso di malattia mortale ai sensi del punto 4.5.3,
- in caso di invalidità totale della persona assicurata,
- in caso di raggiungimento del limite d'età il giorno successivo al compimento del 65esimo anno di età.

L'assicurazione termina anticipatamente
- in caso di recesso o disdetta del partner contrattuale di ÖKK,
- in caso di disdetta a seguito di reticenza (art. 6 e segg. LCA), recesso conseguente a danno parziale (art. 42 LCA) o disdetta per grave motivo (art. 35b LCA),
- se il partner contrattuale di ÖKK o la persona assicurata prende il proprio domicilio al di fuori della Svizzera o soggiorna fuori della Svizzera per più di 12 mesi,
- nei casi previsti dalla legge, soprattutto in presenza di ritardi nei pagamenti dovuti.

L'assicurazione cessa inoltre in caso di scioglimento del contratto di assicurazione collettiva tra ÖKK e Squarelife. Lo scioglimento deve essere comunicato per iscritto al partner contrattuale al più tardi due mesi prima dell'estinzione della copertura assicurativa.

4. Prestazioni

4.1 Panoramica delle prestazioni

Nel quadro della copertura assicurativa, in caso di decesso e di invalidità conseguente a malattia ÖKK eroga alle persone aventi diritto le prestazioni seguenti:

- in caso di decesso: capitale di decesso
- in caso di presumibile incapacità lavorativa duratura (invalidità): capitale di invalidità

4.2 Definizione dei termini

4.2.1 Invalidità

Per invalidità si intende l'incapacità al guadagno conseguente a malattia che si protrae presumibilmente per tutta la vita. Viene riconosciuta dall'assicuratore

- se complessivamente la continuazione del trattamento medico non fa sperare in un miglioramento significativo della capacità di guadagno e
- se nonostante i provvedimenti di integrazione l'incapacità di guadagno è destinata a perdurare e
- se questa persiste da almeno 12 mesi.

Se l'invalidità viene accertata prima della scadenza di 24 mesi, l'assicuratore può riconoscerla prima.

4.2.2 Malattia

È considerato malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro.

4.2.3 Incapacità lavorativa

È considerata incapacità lavorativa qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno 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 danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo essersi sottoposti alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

La persona assicurata è considerata incapace al guadagno se a seguito di un danno alla salute fisica, mentale o psichica comprovabile oggettivamente a livello medico, non è in grado di svolgere il proprio lavoro o un'altra attività lucrativa ragionevolmente esigibile e per tale motivo al contempo subisce una perdita di guadagno.

Un'incapacità al guadagno viene riconosciuta come permanente se la persona assicurata ha fornito la prova che la continuazione del trattamento medico non fa sperare in un miglioramento significativo della capacità al guadagno e che l'incapacità al guadagno durerà presumibilmente per tutta la vita.

4.2.5 Esigibilità

Un'attività è esigibile se corrisponde alle capacità e alla posizione sociale precedenti della persona assicurata, anche se le nozioni necessarie devono essere acquisite con una riqualificazione professionale.

4.3 Somme assicurate

4.3.1 Entità delle somme assicurate

Sono determinanti le somme assicurate indicate nella conferma di assicurazione.

4.3.2 Somme assicurate minime

La somma assicurata minima per un capitale di decesso e un capitale di invalidità è di CHF 10'000.

Per i bambini che non hanno ancora compiuto due anni e mezzo il capitale legale in caso di decesso ammonta a massimo CHF 2'500.

4.3.3 Somme assicurate massime

Le somme assicurate massime dipendono dall'età della persona assicurata conformemente alla tabella seguente.

Decesso

Fascia di età	Somma assicurata massima Decesso (CHF)
0–12* anni	20'000*
13–20 anni	300'000
21–65** anni	500'000

* Per i bambini che non hanno ancora compiuto due anni e mezzo il capitale legale in caso di decesso ammonta a massimo CHF 2'500.

** Fino al limite d'età conformemente ai punti 3.1 e 3.4

Invalidità

Fascia di età	Somma assicurata massima Invalidità (CHF)
0–20 anni	300'000
21–60 anni	500'000
61–65** anni	100'000

** Fino al limite d'età conformemente ai punti 3.1 e 3.4

Al raggiungimento di una nuova fascia di età le somme assicurate vengono ridotte automaticamente alle somme assicurate massime della corrispondente fascia di età e gli indennizzi vengono adeguati di conseguenza. Diversamente le somme assicurate rimangono invariate.

4.3.4 Causalità sorpassante

Se la persona assicurata muore prima del versamento della prestazione relativa al capitale di invalidità, viene versato solo un capitale di decesso assicurato.

4.4 Capitale di invalidità

4.4.1 Diritto al capitale di invalidità

Il diritto della persona assicurata al capitale in caso di invalidità concordato sussiste se la persona assicurata diventa presumibilmente inabile al guadagno in modo permanente prima di raggiungere il limite d'età.

4.4.2 Momento del diritto al capitale di invalidità

L'assicuratore versa il capitale di invalidità non prima di un periodo di attesa di 24 mesi. Il periodo di attesa inizia il giorno in cui la persona assicurata ha consultato per la prima volta un medico in merito alla malattia che ha provocato l'incapacità al lavoro e il medico ha attestato un'incapacità al lavoro pari ad almeno il 40%.

In caso di ricaduta o di nuova incapacità al lavoro a seguito del disturbo precedente entro 12 mesi dalla fine di un'incapacità al lavoro già annunciata non viene conteggiato un nuovo periodo di attesa.

Se vengono prima versate delle prestazioni dell'assicurazione federale per l'invalidità o se l'incapacità al guadagno permanente è definitivamente stabilita, oppure se si è di fronte a una diagnosi che attesta con assoluta certezza un'invalidità ai sensi del punto 4.4.3, il capitale di invalidità assicurato può essere versato, parzialmente o interamente, in anticipo.

L'assicuratore decide in merito al singolo caso.

4.4.3 Diagnosi che attestano con assoluta certezza un'invalidità

In caso di diagnosi che attesta con assoluta certezza un'invalidità, l'assicuratore effettua un pagamento parziale immediato per un importo fino a CHF 20'000 a titolo di acconto sul capitale di invalidità, senza attendere il periodo di attesa.

Si è di fronte a una diagnosi che attesta con assoluta certezza un'invalidità se tale diagnosi è stata espressa dal medico specialista curante e confermata dal perito incaricato dall'assicuratore.

Le prestazioni derivanti dalla presente assicurazione verranno erogate esclusivamente in presenza di diagnosi che attestano con assoluta certezza un'invalidità di cui di seguito viene fornito l'elenco esaustivo:

- perdita totale della vista
- perdita totale dell'udito
- sclerosi multipla con indice di gravità EDSS (Expanded Disability Status Scale) a partire da 3.5
- morbo di Parkinson a partire dallo stadio 3 secondo la scala di Hoehn e Yahr
- demenza
- paraplegia
- tetraplegia
- amputazione di almeno una mano o di entrambe le gambe al di sopra del ginocchio

4.4.4 Basi di calcolo della prestazione in capitale di invalidità

Per il calcolo della prestazione in capitale sono determinanti il capitale in caso di invalidità assicurato, l'età all'inizio del periodo di attesa che prova per la prima volta l'incapacità al lavoro dal punto di vista medico, e il grado di incapacità al guadagno della persona assicurata stabilito dall'assicuratore.

4.4.5 Graduazione della prestazione in capitale di invalidità

La prestazione in capitale di invalidità viene graduata e stabilita in relazione al grado di incapacità al guadagno della persona assicurata.

- In caso di incapacità al guadagno compresa tra il 70% e il 100%, la persona assicurata ha diritto al versamento dell'intero capitale di invalidità.
- In caso di incapacità al guadagno compresa tra il 40% e il 70%, la persona assicurata ha diritto al versamento del capitale di invalidità in proporzione al grado di invalidità stabilito.
- In caso di incapacità al guadagno inferiore al 40% non vi è alcun diritto al versamento di un capitale di invalidità.

4.4.6 Cambiamento del grado di incapacità al guadagno

In caso di cambiamenti del grado di incapacità al guadagno successivi al versamento del capitale di invalidità, le prestazioni non vengono adeguate in base al nuovo grado di incapacità al guadagno.

4.4.7 Determinazione del grado di incapacità al guadagno per adulti con attività lucrativa

Per le persone con attività lucrativa, il grado di incapacità al guadagno viene stabilito sulla base della perdita di guadagno subita dalla persona assicurata. In linea di principio viene riconosciuto il grado di invalidità determinato in modo giuridicamente vincolante dall'assicurazione federale per l'invalidità.

Per le persone esercitanti attività lucrativa con reddito regolare, il reddito soggetto all'AVS del mese precedente all'inizio del periodo di attesa funge da base per la determinazione del grado di incapacità al guadagno. Per determinare la perdita di guadagno di persone esercitanti attività lucrativa con reddito variabile o irregolare viene considerato il reddito medio soggetto all'AVS degli ultimi due anni civili prima dell'inizio del periodo di attesa.

Nel caso di lavoratori indipendenti, il grado di incapacità al guadagno viene determinato in base al reddito medio soggetto all'AVS degli ultimi due anni civili prima dell'inizio del periodo di attesa, oppure in base alla perdita di guadagno effettivamente subita dalla persona assicurata negli ultimi due anni di esercizio. A questo scopo si paragona il reddito ottenuto da attività lucrativa prima del verificarsi dell'incapacità al guadagno con quello che la persona assicurata consegue ancora dopo il verificarsi dell'incapacità di guadagno, oppure quello che potrebbe ancora conseguire in un mercato del lavoro equilibrato. La differenza, espressa in percentuale del reddito precedente, corrisponde al grado di incapacità al guadagno.

4.4.8 Determinazione del grado di incapacità al guadagno per adulti senza attività lucrativa o con attività lucrativa a tempo parziale

Nel caso di persone senza attività lucrativa e di persone che rinunciano completamente o in parte alla loro attività lucrativa per motivi non legati alla salute, il grado di incapacità al guadagno viene stabilito grazie a un confronto di attività. A questo scopo vengono calcolati, ponderati e confrontati i compiti e le attività della persona assicurata prima e dopo il verificarsi della malattia. I compiti e le attività svolti prima del verificarsi dell'incapacità al guadagno vengono messi in relazione con quelli che possono ancora essere svolti dopo il verificarsi dell'incapacità al guadagno. L'impossibilità di essere attivi nella professione e nel campo di attività precedenti viene equiparata all'incapacità al guadagno. La differenza, espressa in percentuale dell'attività precedente, corrisponde al grado di incapacità al guadagno. In linea di principio viene riconosciuto il grado invalidità determinato in modo giuridicamente vincolante dall'assicurazione per l'invalidità (AI).

Per le persone che esercitano un'attività lucrativa a tempo parziale, la determinazione del grado di incapacità al guadagno avviene in maniera analoga al metodo misto adottato dall'AI.

4.4.9 Determinazione del grado di incapacità al guadagno di bambini e ragazzi

L'incapacità al guadagno di bambini e ragazzi viene calcolata in base alla misura in cui la persona assicurata non sarà in grado di svolgere un'attività lucrativa. Nel caso di ragazzi che non hanno ancora iniziato una formazione professionale, l'incapacità al guadagno viene calcolata verificando se e in quale misura la persona assicurata sarà in grado in futuro di svolgere un'attività professionale. Il grado di incapacità al guadagno corrisponde alla riduzione del reddito presumibile a seguito della capacità di guadagno ridotta rispetto al reddito che si orienta al valore mediano aggiornato ogni anno conformemente al rilevamento della struttura dei salari dell'Ufficio federale di statistica.

In caso di ragazzi che stanno svolgendo una formazione professionale, la base di calcolo è costituita dal reddito che sarebbe stato conseguito alla fine della formazione professionale iniziata sul mercato del lavoro di riferimento. Il grado di incapacità al guadagno corrisponde alla riduzione del reddito presumibile a seguito della capacità di guadagno ridotta rispetto al reddito che si orienta al valore mediano aggiornato ogni anno conformemente al rilevamento della struttura dei salari dell'Ufficio federale di statistica e che corrisponde alla professione per cui è stata iniziata la formazione.

4.5 Capitale di decesso

4.5.1 Diritto al capitale in caso di decesso

Se la persona assicurata muore nel periodo coperto dall'assicurazione, sussiste un diritto al capitale di decesso.

L'assicuratore rinuncia a ridurre la prestazione di capitale in caso di decesso

se il decesso è stato provocato in modo gravemente negligente dalla persona assicurata.

4.5.2 Basi di calcolo per la prestazione di capitale in caso di decesso
Per il calcolo della prestazione di capitale sono determinanti il capitale assicurato in caso di decesso e l'età della persona assicurata al momento del decesso.

4.5.3 Malattia mortale
Se dopo l'inizio della copertura assicurativa e almeno 12 mesi prima della fine del periodo assicurato alla persona assicurata viene diagnosticata una malattia grave con un'aspettativa di vita non superiore a 12 mesi, l'assicuratore versa – quando la persona assicurata è ancora in vita – la somma assicurata per il caso di decesso valida al momento in cui è stata fatta la diagnosi se tale diagnosi è stata espressa dal medico specialista curante e confermata dal perito incaricato dall'assicuratore e se ciò non contrasta con eventuali limitazioni, risultanti dalle presenti CGA CDI-M, DC o altre norme di legge applicabili.

La copertura assicurativa termina con il pagamento della somma assicurata per la malattia grave con un'aspettativa di vita prognosticata di massimo 12 mesi. Allo scopo di questo contratto, per «malattia grave con un'aspettativa di vita prognosticata di massimo 12 mesi» si intende una malattia incurabile, in stadio avanzato e a decorso rapido, che secondo il medico specialista curante e il perito incaricato dall'assicuratore dà luogo a un'aspettativa di vita non superiore ai 12 mesi.

Se una persona assicurata si procura intenzionalmente una malattia grave con un'aspettativa di vita prognosticata di massimo 12 mesi (a prescindere dal fatto che in quel momento la persona assicurata fosse o non fosse sana di mente), l'assicuratore è esonerato dalla prestazione assicurativa.

4.5.4 Beneficiari
Salvo diversamente concordato, per il pagamento del capitale in caso di decesso sono considerati beneficiari, in ordine, le seguenti persone:
- nel caso del punto 4.5.3 la persona assicurata;
- in caso di decesso di quest'ultima, il coniuge o il partner registrato della persona assicurata;
- in sua assenza, i figli della persona assicurata;
- in loro assenza, i genitori della persona assicurata;
- in loro assenza, gli eredi rimanenti della persona assicurata, esclusi gli enti pubblici.

Il partner contrattuale può modificare la sequenza dei beneficiari prima della morte della persona assicurata in ogni momento, escludere dei beneficiari o definire altre persone come tali, a condizione che non abbia precedentemente definito in via irrevocabile i beneficiari. Possono essere inserite tra i beneficiari anche persone giuridiche. Eventuali modifiche dei beneficiari vanno comunicate per iscritto.

4.6 Nessun diritto a prestazioni assicurative

4.6.1 In caso di infortunio
Non vi è alcun diritto a prestazioni in caso di decesso e di incapacità lavorativa dovuta a malattia se l'evento assicurato è stato provocato da un infortunio conformemente alle DC applicabili in base alla conferma di assicurazione. Anche le malattie professionali ai sensi della LAINF non motivano un diritto a prestazioni in caso di decesso e incapacità al guadagno a seguito di malattia.

4.6.2 In caso di lesioni corporali simili a infortuni
Per le lesioni corporali simili a infortuni non vi è diritto a prestazioni in caso di decesso e incapacità al guadagno a seguito di malattia.

Sono considerati lesioni corporali simili a infortuni e non malattie:
- i danni alla salute e le loro conseguenze causati dall'inalazione involontaria di gas e vapori o dall'assunzione per errore di sostanze velenose e caustiche;
- le lesioni corporali equiparate a infortuni elencate nelle DC, che sono applicabili secondo la conferma di assicurazione, a condizione che non siano principalmente riconducibili a malattia o usura;
- congelamenti, colpi di calore, insolazioni, nonché danni alla salute dovuti alla radiazione ultravioletta e alle sue conseguenze, escluse le scottature solari e l'annegamento involontario.

4.6.3 In caso di incapacità al guadagno causata intenzionalmente
Il diritto a prestazioni per incapacità al guadagno non sussiste se la persona assicurata ha causato intenzionalmente la sua incapacità al guadagno o la malattia (tra le altre cose autolesionismo, tentato suicidio). Ciò vale anche se la persona assicurata ha svolto l'azione che ha portato alla sua incapacità al guadagno in uno stato di incapacità di discernimento.

L'assicuratore rinuncia a ridurre la prestazione di capitale di invalidità se l'incapacità al guadagno è stata provocata in modo gravemente negligente dalla persona assicurata.

4.6.4 In caso di lesioni corporali prenatali, infermità congenite e relative conseguenze
Non vi è alcun diritto a prestazioni in caso di incapacità al guadagno e decesso se l'incapacità al guadagno o il decesso della persona assicurata deriva da lesioni corporali prenatali, infermità congenite o dalle relative conseguenze.

4.6.5 In caso di suicidio e di decesso a seguito di tentativo di suicidio
Non vi è alcun diritto a prestazioni in caso di decesso se la persona assicurata muore a seguito di un suicidio o delle conseguenze di un tentativo di suicidio entro tre anni dalla domanda di ammissione. Ciò vale anche se la persona assicurata ha compiuto l'azione che ha portato al decesso in uno stato di incapacità di discernimento o di capacità di discernimento ridotta.

4.6.6 In caso di radiazioni ionizzanti e danni provocati dall'energia nucleare
Non vi è alcun diritto a prestazioni in caso di decesso e incapacità di guadagno se la persona assicurata è stata esposta agli influssi delle radiazioni ionizzanti provenienti dall'energia nucleare e a causa di essi si è ammalata.

4.6.7 Altre esclusioni di prestazioni
Non vi è inoltre alcun diritto a prestazioni assicurative nei casi indicati al punto 6.4.2 delle DC (esclusione di prestazioni).

4.7 Diritto a prestazioni assicurative ridotto

4.7.1 Concomitanza di cause diverse
Se sono presenti contemporaneamente diverse cause, vengono riconosciuti quei diritti parziali che non sono oggetto dell'assicurazione contro gli infortuni o dell'assicurazione militare.

4.7.2 Concomitanza della prestazione in capitale di invalidità e della prestazione in capitale in caso di decesso
In caso di decesso, il capitale di invalidità già versato in vita alla persona assicurata viene dedotto dal capitale in caso di decesso.

4.7.3 Altre limitazioni di prestazioni
Sono altresì previste limitazioni delle prestazioni assicurative nei casi indicati al punto 6.4.3 delle DC (esclusione di prestazioni).

4.7.4 Verifica del diritto a prestazioni assicurative
La documentazione da inoltrare per la verifica del diritto comprende in linea di principio

in caso di decesso:
- estratto dal registro delle famiglie / certificato di decesso rilasciato dal medico / certificato di decesso rilasciato dall'autorità;

in caso di incapacità al guadagno:
- certificato medico / documentazione sulla malattia / decisione AI / atti AI / estratto AVS / certificati di salario, conteggi salariali e bilanci.

L'assicuratore è autorizzato a richiedere ulteriori informazioni e prove o a raccoglierle direttamente, nonché a sottoporre la persona assicurata in ogni momento alla visita di un medico di fiducia. Il medico della persona assicurata è esonerato dal segreto professionale nei confronti di ÖKK e dell'assicuratore.

4.7.5 Versamento delle prestazioni assicurative
La prestazione assicurativa viene versata se la persona avente diritto ha fornito tutta la documentazione necessaria alla verifica e alla valutazione del diritto a prestazioni e se l'esito della verifica è positivo.

La prestazione assicurativa è esigibile dopo quattro settimane dal momento in cui l'assicuratore ha ricevuto tutta la documentazione e tutte le indicazioni che gli consentono di verificare l'esattezza della pretesa, nel caso di invalidità, comunque, non prima della scadenza del periodo di attesa. Fino a quel momento la quota è dovuta.

La prestazione assicurativa avviene in franchi svizzeri (CHF) su un conto designato dalla persona avente diritto presso una banca svizzera o presso la Posta svizzera.

5. Obblighi della persona assicurata

5.1 Obbligo di notifica e verifica dello stato di salute
Nella domanda di ammissione occorre indicare in modo completo e veritiero tutti i fatti rilevanti per l'apprezzamento del rischio, nella misura in cui e così come sono o devono essere noti. Qualora tali fatti vengano comunicati in modo inesatto o vengano taciuti, ÖKK può disdire il contratto con dichiarazione scritta entro quattro settimane dal momento in cui è venuta a conoscenza della violazione dell'obbligo di notifica. Il recesso ha effetto dal momento in cui perviene al partner contrattuale.

Se il contratto viene sciolto per disdetta, si estingue anche l'obbligo di prestazione per i danni già intervenuti se il fatto oggetto della reticenza ha influito sull'insorgere o sulla portata del danno. Qualora le prestazioni siano già state fornite, sussiste un diritto al rimborso. Non sussiste alcun diritto al rimborso delle quote per la copertura.

5.2 Comportamento in caso di sinistro
Il verificarsi di una malattia che comporta presumibilmente un obbligo di prestazione deve essere notificato immediatamente.

Un eventuale decesso va notificato immediatamente, al più tardi entro 10 giorni.

Inoltre, per la verifica e la valutazione del diritto a prestazioni occorre inoltrare immediatamente la documentazione necessaria.

5.3 Obbligo di collaborazione in caso di malattia
Nel quadro del suo obbligo di collaborazione e di contenimento dei danni, la persona assicurata è tenuta a rilasciare all'assicuratore l'autorizzazione per richiedere informazioni e atti a ospedali, medici, uffici, società assicurative, istituzioni delle assicurazioni sociali e terzi, nonché a esonerarli dall'obbligo del segreto.

La persona assicurata è tenuta a fornire immediatamente all'assicuratore ogni informazione richiesta in merito a condizioni di salute precedenti e attuali, nonché in merito al decorso della malattia.

L'assicuratore si riserva il diritto di far visitare la persona assicurata da medici designati da lui stesso. La persona assicurata deve sottoporsi alle visite e alle prescrizioni dei medici incaricati dall'assicuratore a spese di quest'ultimo.

Se la persona avente diritto non adempie a uno di questi obblighi, l'esigibilità del diritto a prestazioni non subentra e l'assicuratore è autorizzato a negare le prestazioni, a meno che, in base alle circostanze, la violazione non sia da considerare come commessa senza colpa o la persona avente diritto non dimostri che la violazione non ha avuto alcuna influenza sul verificarsi dell'evento temuto e sull'entità della prestazione dovuta dall'assicuratore. In ogni caso l'obbligo di versamento della quota continua per tutta la durata della copertura.

5.4 Comunicazioni e avvisi
Tutte le comunicazioni e gli avvisi vanno indirizzati a ÖKK e hanno efficacia giuridica se giungono per iscritto tramite mail o per posta.

6. Quota
La quota per la copertura è calcolata in base all'appartenenza alla fascia di età della persona assicurata e all'entità delle somme assicurate. Le quote sono sempre garantite per un anno civile. Non vi è garanzia delle tariffe.

Le fasce di età sono da 0 a 3 anni e da 4 a 15 anni. Dopodiché una fascia di età comprende sempre cinque anni, ovvero dai 16 ai 20 anni, dai 21 ai 25 anni, ecc. L'ultima fascia di età va dai 61 ai 65 anni.

7. Disposizioni particolari

7.1 Servizio militare
Il servizio attivo per la salvaguardia della neutralità svizzera e per il mantenimento di tranquillità e ordine nazionali senza azioni belliche è considerato servizio militare in tempo di pace e come tale è compreso nella presente assicurazione. Nel caso in cui la Svizzera conduca una guerra o sia coinvolta in azioni simili a guerra si applicano le apposite prescrizioni rilasciate dal Consiglio federale.

7.2 Luogo di adempimento
Il luogo di adempimento corrisponde al domicilio in Svizzera della persona avente diritto. In assenza di un simile domicilio, la sede di ÖKK vale come luogo di adempimento.

7.3 Foro competente e diritto applicabile
In caso di controversie derivanti dal presente contratto, le persone aventi diritto possono adire il foro competente al proprio domicilio svizzero o presso la sede sociale di ÖKK. Al presente contratto si applica esclusivamente il diritto svizzero.

ÖKK COMPENSA

ÖKK Versicherungen AG, edizione 1.1.2022

INDICE

1. Fondamenti assicurativi 65
1.1 Ente assicuratore 65
1.2 Disposizioni comuni 65
1.3 Scopo 65

2. Validità territoriale 65
2.1 Aspetti generali 65
2.2 Incapacità lavorativa all'estero 65
2.3 Soggiorno all'estero in caso di incapacità lavorativa 65

3. Stipula dell'assicurazione 65
3.1 Condizioni di ammissione 65
3.2 Certificato medico 65
3.3 Uscita dall'assicurazione collettiva 65
3.4 Età AVS 65

4. Disdetta 65
4.1 Disdetta straordinaria 65
4.2 Altri motivi di risoluzione 65

5. Varianti assicurative proposte 65

6. Entità dell'assicurazione 65
6.1 Ammontare dell'indennità giornaliera assicurata 65
6.2 Base di calcolo delle indennità giornaliere 65
6.3 Copertura massima 66
6.4 Copertura contro gli infortuni 66
6.5 Parto 66
6.6 Inizio delle prestazioni e periodi di attesa 66
6.7 Adeguamento dell'assicurazione 66

7. Prestazioni assicurative 66
7.1 Condizioni per le prestazioni 66
7.2 Entità delle prestazioni 66
7.3 Durata delle prestazioni 67
7.4 Limitazioni delle prestazioni 67

8. Obblighi di collaborare in caso di malattia e infortunio 67
8.1 Obbligo di notifica 67
8.2 Obbligo d'informazione 68

9. Premi e pagamenti 68
9.1 Ammontare dei premi 68
9.2 Ribasso per assenza di prestazioni 68
9.3 Erogazione di prestazioni 68

10. Prestazioni di terzi 68
10.1 Dipendenti e persone senza attività lucrativa 68
10.2 Persone con attività lucrativa indipendente 68

1. Fondamenti assicurativi

1.1 Ente assicuratore

L'ente assicuratore è ÖKK Versicherungen AG, Landquart (in seguito: assicuratore).

1.2 Disposizioni comuni

Fanno stato le Disposizioni comuni (DC) della linea di prodotti ÖKK UNO o ÖKK LIVE riportate nella polizza assicurativa. Esse sono parte integrante delle disposizioni del presente prodotto assicurativo. Qualora le disposizioni del presente prodotto assicurativo divergano dalle DC, le disposizioni del presente prodotto assicurativo hanno la precedenza sulle DC.

1.3 Scopo

La ÖKK COMPENSA (assicurazione contro la perdita di guadagno per persone singole secondo LCA) viene eseguita conformemente alle disposizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione.

Essa serve alla copertura della perdita di guadagno derivante da incapacità lavorativa dovuta a malattia, infortunio o maternità.

ÖKK COMPENSA viene offerta anche a persone senza attività lucrativa.

2. Validità territoriale

2.1 Aspetti generali

La copertura assicurativa vale in tutto il mondo.

2.2 Incapacità lavorativa all'estero

In caso di viaggi privati per vacanze all'estero, le prestazioni di indennità giornaliera assicurate vengono versate solo in caso di ricovero in ospedale. Questa regolamentazione vale anche per frontalieri al di fuori della Svizzera, nonché lontano del loro luogo di domicilio. È fatto salvo un soggiorno per motivi professionali.

2.3 Soggiorno all'estero in caso di incapacità lavorativa

Se una persona assicurata inabile al lavoro avente diritto a prestazioni si reca all'estero senza il consenso dell'assicuratore, per il periodo del soggiorno all'estero non ha diritto a prestazioni. Questa limitazione non vale per il soggiorno in Svizzera di frontalieri.

3. Stipula dell'assicurazione

3.1 Condizioni di ammissione

Persone con attività lucrativa indipendente, impiegati e persone senza attività lucrativa (casalinghe e casalinghi, persone in formazione e familiari che collaborano nell'impresa di famiglia senza un salario in contanti) possono essere ammesse in ÖKK COMPENSA se:

- hanno compiuto almeno il 15esimo anno di età ma non ancora il 60esimo,
- al momento della domanda sono completamente abili al lavoro
- sono domiciliate in Svizzera.

3.2 Certificato medico

L'assicuratore può richiedere un certificato medico o una visita medica da un medico di fiducia. L'assicuratore può definire il medico e si assume le spese.

3.3 Uscita dall'assicurazione collettiva

Per il passaggio dall'assicurazione collettiva a quella individuale fanno stato le CGA di ÖKK ASSICURAZIONE CONTRO LA PERDITA DI GUADAGNO (LCA) per le aziende.

I lavoratori frontalieri possono passare dall'assicurazione collettiva di indennità giornaliera a questa assicurazione individuale se continuano a lavorare in Svizzera immediatamente dopo l'uscita dall'assicurazione collettiva di indennità giornaliera e se non possono passare a nessun'altra assicurazione collettiva di indennità giornaliera o se sono considerati persone disoccupate ai sensi della Legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza (LADI) e possono pretendere indennità giornaliere dall'assicurazione contro la disoccupazione.

3.4 Età AVS

Le persone assicurate che continuano l'attività lucrativa anche dopo l'età AVS possono richiedere una protrazione dell'assicurazione. Essa dura al massimo fino al compimento del 70esimo anno di età.

4. Disdetta

4.1 Disdetta straordinaria

Se, per via di una nuova situazione lavorativa, la persona assicurata è assicurata contro la perdita di guadagno in modo equivalente tramite il nuovo datore di lavoro, la disdetta può avvenire a fine mese con un termine di disdetta di un mese, in deroga alla disdetta ordinaria e previa approvazione dell'assicuratore.

4.2 Altri motivi di risoluzione

Oltre ai motivi di risoluzione menzionati nelle DC applicabili in base alla polizza, l'assicurazione cessa nei casi seguenti:

a) cessazione dell'attività commerciale della persona assicurata con attività lucrativa indipendente;
b) trasferimento della sede aziendale all'estero, a eccezione del trasferimento nelle regioni estere confinanti;
c) pensionamento; su richiesta è comunque possibile protrarre l'assicurazione fino a 70 anni compiuti;
d) trasferimento all'estero, a eccezione della presa di domicilio nelle regioni estere confinanti.

L'assicuratore può recedere dal contratto entro quattro settimane:

e) se la persona assicurata si oppone ripetutamente e in maniera grave a disposizioni dell'assicuratore o a prescrizioni del medico;
f) in caso di reticenza al momento della domanda nonché in caso di tentata o perpetrata frode assicurativa.

5. Varianti assicurative proposte

Possono essere scelte le seguenti varianti assicurative:

- Indennità giornaliera in caso di malattia
- Indennità giornaliera in caso di infortunio
- Indennità giornaliera in caso di malattia e infortunio

Queste varianti assicurative possono essere stipulate con durate di prestazione diverse.

6. Entità dell'assicurazione

6.1 Ammontare dell'indennità giornaliera assicurata

L'ammontare dell'indennità giornaliera viene concordato tra la persona assicurata e l'assicuratore.

6.2 Base di calcolo delle indennità giornaliere

L'indennità giornaliera corrisponde a un trecentosessantacinquesimo della perdita di guadagno assicurata di un anno. Le indennità giornaliere così determinate vengono versate per ogni giorno di calendario.

6.3 Copertura massima

6.3.1 Indennità giornaliera assicurabile

L'indennità giornaliera assicurabile è limitata a CHF 200'000 all'anno. Per persone che escono da un'assicurazione collettiva dell'assicuratore essa è limitata a CHF 250'000 all'anno.

6.3.2 Persone con attività lucrativa indipendente

Le persone assicurate il cui reddito deriva da un'attività lucrativa indipendente possono assicurare, oltre al reddito soggetto all'AVS secondo l'ultima decisione di contribuzione, anche le spese di conseguimento del reddito dimostrabili. Si tratta di costi in relazione diretta con l'attività che concernono direttamente la persona assicurata. Essi persistono anche durante l'incapacità lavorativa e sono composti in particolare da costi fissi per la pigione aziendale, per l'automobile, per le assicurazioni, per gli ammortamenti delle macchine, ecc.

6.3.3 Lavoratori dipendenti

Le persone assicurate che traggono il loro reddito da un rapporto di lavoro dipendente possono assicurare al massimo il salario lordo soggetto all'AVS.

6.3.4 Persone senza attività lucrativa

Casalinghe e casalinghi, persone in formazione e familiari che collaborano nell'impresa di famiglia senza un salario in contanti possono assicurarsi fino all'importo massimo della rendita AVS semplice.

6.3.5 Persone disoccupate

La copertura massima per persone disoccupate corrisponde all'indennità di disoccupazione persa.

6.4 Copertura contro gli infortuni

La copertura contro gli infortuni può essere integrata o assicurata separatamente.

6.5 Parto

Nell'indennità giornaliera per malattia è inclusa la copertura della perdita di guadagno in seguito al parto.

6.6 Inizio delle prestazioni e periodi di attesa

L'assicuratore offre assicurazioni d'indennità giornaliera con differenti termini di inizio delle prestazioni.

Il diritto a prestazioni inizia dopo la scadenza del periodo di attesa. Il periodo di attesa inizia il giorno in cui subentra l'incapacità lavorativa secondo l'attestazione del medico, al più presto tuttavia 3 giorni prima del primo trattamento medico. I periodi di attesa fino a 21 giorni vengono calcolati nuovamente per ogni caso di malattia o infortunio. I periodi di attesa più lunghi valgono solo una volta per anno civile.

Sono considerati giorni di attesa i giorni in cui vi è un'incapacità lavorativa di almeno il 25%.

L'assicuratore versa l'indennità giornaliera secondo l'inizio delle prestazioni scelto e dopo l'insorgere del diritto a prestazioni per i giorni in cui sussiste un'incapacità lavorativa attestata dal medico.

Al raggiungimento dell'età AVS, i periodi di attesa concordati a 60 e più giorni vengono trasformati in un periodo di attesa di 30 giorni.

6.7 Adeguamento dell'assicurazione

6.7.1 Adeguamento al rincaro

La persona assicurata può richiedere l'adeguamento della sua assicurazione al rincaro annuo conformemente all'indice nazionale dei prezzi al consumo. L'assicuratore concede tale adeguamento senza valutazione dei rischi se negli ultimi 2 anni non si è verificata un'incapacità lavorativa e non sono state fruite indennità giornaliere. L'adeguamento è possibile per gli ultimi due anni civili conclusi.

Inoltre, la persona assicurata può richiedere in qualsiasi momento l'adeguamento della sua assicurazione allo sviluppo salariale reale, alle condizioni della copertura assicurativa più elevata.

6.7.2 Persone disoccupate

Con un corrispondente adeguamento del premio, le persone disoccupate possono trasformare la loro assicurazione in un'assicurazione con un periodo di attesa di 30 giorni, indipendentemente dal loro stato di salute. Dall'inizio della disoccupazione l'importo dell'indennità giornaliera assicurata viene ridotto al livello dell'indennità di disoccupazione.

7. Prestazioni assicurative

7.1 Condizioni per le prestazioni

7.1.1 Inabilità al lavoro

Sussiste un'incapacità lavorativa se la persona assicurata non è in grado di svolgere parzialmente o interamente l'attività lucrativa svolta finora o un'altra attività esigibile in seguito a malattia, infortunio o parto.

L'incapacità lavorativa è parziale se sussiste un'incapacità lavorativa di almeno il 25%.

7.1.2 Certificato medico

Le prestazioni di indennità giornaliera presuppongono un'attestazione di un medico in merito all'incapacità lavorativa della persona assicurata. Il certificato deve essere emesso da un medico o chiropratico riconosciuto dall'assicuratore (conformemente alla cifra 6.1.9 delle DC ÖKK LIVE e alla cifra 6.1.11 delle DC ÖKK UNO).

I certificati medici e le notifiche di malattia o infortunio possono essere retrodatati di tre giorni al massimo.

7.2 Entità delle prestazioni

7.2.1 Aspetti generali

Le prestazioni si calcolano secondo l'entità dell'assicurazione stabilita e secondo le presenti condizioni di assicurazione.

7.2.2 Persone con attività lucrativa indipendente e persone senza attività lucrativa

In caso di persone con attività lucrativa indipendente e persone senza attività lucrativa l'assicuratore versa le somma dell'indennità giornaliera stabilita.

7.2.3 Lavoratori dipendenti

Per i lavoratori dipendenti la totalità delle prestazioni di indennità giornaliera erogate non può superare il guadagno perso della persona assicurata.

7.2.4 Incapacità lavorativa parziale

In caso di incapacità lavorativa pari ad almeno il 25% l'indennità giornaliera viene ridotta di conseguenza.

Alle persone disoccupate con un'incapacità lavorativa compresa tra il 25% e il 50% viene versata la metà dell'indennità giornaliera. Se l'incapacità lavorativa supera il 50% viene versata l'intera indennità giornaliera.

7.2.5 Infortunio

Se il rischio di infortunio è assicurato, le prestazioni in caso di infortunio vengono versate nella stessa entità come in caso di malattia.

7.2.6 Parto

Le indennità giornaliere in caso di parto vengono versate se prima del parto è esistita una copertura equivalente presso l'assicuratore o presso un altro assicuratore per almeno 270 giorni senza interruzione (periodo di carenza in caso di maternità).

Le persone assicurate che interrompono la loro attività lucrativa più di 8 settimane prima del parto o che non ottengono un'indennità di maternità secondo la Legge sulle indennità di perdita di guadagno (LIPG) sono considerate persone senza attività lucrativa.

In caso di parto, ÖKK COMPENSA versa prestazioni complementari all'indennità di maternità secondo la LIPG fino al reddito effettivo, al massimo tuttavia fino alla somma dell'indennità giornaliera stabilita.

7.3 Durata delle prestazioni

7.3.1 Principio

Per malattia e infortunio combinati l'indennità giornaliera viene pagata per un periodo massimo di 730 o 365 giorni. La durata delle prestazioni è indicata nella polizza di assicurazione e viene calcolata per singolo sinistro.

La malattia o le conseguenze di un infortunio sono considerate come un nuovo caso assicurativo se la persona assicurata è stata abile al lavoro ininterrottamente per 12 mesi dopo la fine dell'ultima riscossione di prestazioni.

Il periodo di attesa concordato viene dedotto dalla durata massima delle prestazioni. Nel calcolo della durata delle prestazioni, i giorni d'incapacità lavorativa parziale vengono considerati per intero.

7.3.2 Parto

Il diritto a prestazioni inizia il giorno del parto.

Per un'indennità giornaliera che è stata assicurata per lo stesso importo per almeno 3 anni di assicurazione pieni prima del parto, la durata massima delle prestazioni si estende a 16 settimane, vale a dire due settimane in più rispetto all'indennità di maternità secondo la LIPG, per l'ammontare dell'indennità giornaliera assicurata in caso di parto. In caso di durata assicurativa più breve, la durata delle prestazioni ammonta a 8 settimane.

Per il parto si applica lo stesso periodo di attesa della malattia. Il periodo di attesa viene dedotto dalla durata delle prestazioni in caso di parto, indipendentemente dal verificarsi di una malattia o di un infortunio. Se il periodo di attesa è stato dedotto dalla durata delle prestazioni a seguito di complicazioni durante la gravidanza, per l'indennità di parto si rinuncia a una nuova deduzione del periodo di attesa.

Le indennità giornaliere in caso di parto vengono dedotte dalla durata massima di prestazione di un caso assicurativo.

7.3.3 Età AVS

In caso di protrazione dell'assicurazione durante l'età AVS sussiste un diritto all'indennità giornaliera per 90 giorni. Per persone che escono da un'assicurazione collettiva dell'assicuratore i giorni sono 180, tuttavia al massimo fino al compimento del 70esimo anno di età.

7.3.4 Persone disoccupate

Le persone disoccupate ricevono l'indennità giornaliera assicurata al massimo fino al termine della durata di erogazione massima conformemente alle disposizioni della Legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza.

7.3.5 Uscita dall'assicurazione collettiva

Per persone assicurate che sono uscite dalla cerchia degli assicurati dell'assicurazione collettiva e che erano assicurate secondo la copertura scalare conformemente alle Condizioni generali di assicurazione dell'assicurazione contro la perdita di guadagno per aziende (LCA), la durata massima delle prestazioni ammonta a 365 giorni.

7.4 Limitazioni delle prestazioni

7.4.1 Esclusione di prestazioni

Oltre alle esclusioni di prestazioni menzionate nelle DC applicabili in base alla polizza, non si ha diritto a prestazioni assicurative nel caso in cui:

a) le conseguenze di infortuni e malattie professionali devono essere coperte da un altro assicuratore;
b) la certificazione di un'incapacità lavorativa è stata rilasciata da un medico o da un chiropratico non riconosciuto dall'assicuratore;
c) la persona assicurata percepisce o cerca di percepire prestazioni non legittimate in modo intenzionale;
d) il grado di incapacità lavorativa della persona assicurata è inferiore al 25%;
e) gli impiegati trascorrono un periodo di congedo non pagato e
f) il contratto di assicurazione è scaduto, ma sono fatti salvi obblighi di prestazione periodici ai sensi dell'art. 35c LCA.

7.4.2 Limitazioni delle prestazioni

Oltre alle limitazioni delle prestazioni menzionate nelle DC applicabili in base alla polizza, è possibile ridurre le prestazioni nel caso in cui:

a) la malattia o le conseguenze dell'infortunio sono solo una delle cause dell'incapacità lavorativa;
b) la persona assicurata si oppone ripetutamente e in maniera grave a provvedimenti dell'assicuratore o a prescrizioni mediche;
c) la persona assicurata si rifiuta di sottoporsi a una visita di controllo da un medico di fiducia richiesta dall'assicuratore;
d) la persona assicurata si rifiuta di svolgere un'altra attività lucrativa esigibile.

Sono fatte salve le disposizioni secondo l'art. 45 LCA.

7.4.3 Obbligo di restituzione

Le prestazioni percepite erroneamente o ingiustamente devono essere restituite dalla persona assicurata all'assicuratore.

8. Obblighi di collaborare in caso di malattia e infortunio

8.1 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 a informare l'assicuratore entro cinque giorni dal subentrare dell'evento assicurato, indicando al 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.

Il certificato rilasciato dal medico o dal chiropratico deve essere inoltrato all'assicuratore al più tardi dieci giorni dopo l'inizio dell'incapacità lavorativa. In caso di periodi d'attesa superiori ai 21 giorni occorre allegare la notifica concernente l'incapacità lavorativa.

Con riserva dell'art. 45 LCA, in caso di omissione senza sufficiente giustificazione, l'assicuratore corrisponde prestazioni solo a partire dal momento in cui la notifica gli è pervenuta. Le retrodatazioni di certificati medici e notifiche di malattia o infortunio sono ammesse fino a un massimo di tre giorni.

I dipendenti devono fornire la prova della perdita di guadagno non coperta.

Eventuali riduzioni del grado d'incapacità lavorativa devono essere immediatamente comunicate all'assicuratore.

8.2 Obbligo d'informazione

In caso d'infortunio la persona assicurata è tenuta a mettere a disposizione dell'assicuratore tutte le informazioni necessarie sulla dinamica dell'infortunio, nonché su eventuali terzi coinvolti.

In caso di assenze brevi frequenti in un periodo breve, l'assicuratore è autorizzato a richiedere alla persona assicurata di recarsi dal medico il primo giorno dell'incapacità lavorativa.

L'assicuratore può verificare in ogni caso l'incapacità lavorativa e la perdita di guadagno e se necessario può adottare provvedimenti di controllo adeguati.

Per il resto si applicano gli obblighi di informazione ai sensi delle DC applicabili in base alla polizza.

9. Premi e pagamenti

9.1 Ammontare dei premi

L'ammontare dei premi viene fissato in base al rischio, come ad esempio l'età, il luogo di residenza, la riscossione di prestazioni o il settore di attività della persona assicurata. Le persone che vengono riprese dall'assicurazione contro la perdita di guadagno per imprese nell'assicurazione individuale formano un gruppo di rischio separato.

Per determinazione dei premi, pagamento dei premi, pagamenti tardivi nonché adeguamenti dei premi si applicano le DC applicabili in base alla polizza.

9.2 Ribasso per assenza di prestazioni

9.2.1 Principio

In caso di assenza di prestazioni viene concesso un ribasso sui premi.

9.2.2 Periodo di osservazione

Come periodo di osservazione si considera l'intervallo di tempo che intercorre tra il 1° settembre o la data di decorrenza dell'assicurazione e il 31 agosto dell'anno seguente. Per il calcolo delle prestazioni durante il periodo di osservazione è determinante la data di elaborazione di un conteggio di indennità giornaliere.

9.2.3 Fasce di ribasso

Vengono applicate le fasce di ribasso e i premi seguenti:

Fascia di ribasso	Premio
0	100%
1	64%

La determinazione delle fasce di ribasso può essere adeguata all'evoluzione dei costi.

9.2.4 Adeguamento della fascia in caso di riscossione di prestazioni

Se la persona assicurata durante un periodo di osservazione ha riscosso prestazioni, il 1° gennaio dell'anno successivo avviene l'adeguamento alla fascia di ribasso 0, salvo quando la persona assicurata si trova già in questa fascia.

9.2.5 Adeguamento della fascia in caso di assenza di prestazioni

Se la persona assicurata durante tre periodi di osservazione successivi nella fascia di ribasso 0 non ha riscosso prestazioni, dal 1° gennaio del quarto anno avviene l'adeguamento alla fascia di ribasso 1.

9.2.6 Modifica della copertura assicurativa

In caso di modifica della copertura assicurativa all'interno di ÖKK COMPENSA, la fascia di ribasso rimane uguale.

9.3 Erogazione di prestazioni

9.3.1 Versamento di indennità giornaliere

L'indennità giornaliera viene versata sulla base dei certificati medici, dopo il recupero della capacità lavorativa. Se l'incapacità lavorativa dura più di un mese, di regola l'indennità giornaliera viene versata mensilmente.

9.3.2 Indennità giornaliere in caso di parto

Le indennità giornaliere in caso di parto vengono versate alle persone con attività lucrativa indipendente e ai dipendenti solo se l'assicuratore è in possesso del conteggio dell'indennità di maternità conformemente alla LIPG.

10. Prestazioni di terzi

10.1 Dipendenti e persone senza attività lucrativa

Per il calcolo della durata di prestazione e del periodo di attesa, i giorni con prestazioni parziali a seguito di riduzione a causa di diritto a prestazioni di terzi contano come giorni interi.

Per il resto si applicano le regolamentazioni concernenti le prestazioni di terzi ai sensi delle DC applicabili in base alla polizza.

La persona assicurata cede all'assicuratore eventuali diritti a pagamenti supplementari nei confronti delle assicurazioni sociali nel caso e nella misura in cui l'assicuratore abbia fornito prestazioni anticipate.

10.2 Persone con attività lucrativa indipendente

Per persone con attività lucrativa indipendente, l'entità delle prestazioni corrisponde alla somma dell'indennità giornaliera convenuta.

Per il resto si applicano le regolamentazioni concernenti le prestazioni di terzi ai sensi delle DC applicabili in base alla polizza, eccetto la regolamentazione sulla sovrassicurazione.

La persona assicurata cede all'assicuratore eventuali diritti a pagamenti supplementari nei confronti delle assicurazioni sociali nel caso in cui l'assicuratore abbia fornito prestazioni anticipate.

ÖKK

0800 838 000
info@oekk.ch
oekk.ch

ÖKK4100/10.22