

# ÖKK INDENNITÀ GIORNALIERA (LAMal)

## Condizioni generali di assicurazione (CGA)

Edizione 2023

The logo for ÖKK, featuring the letters 'Ö', 'K', and 'K' in a bold, serif font. The 'Ö' is black with a red dot, while the 'K's are red. The logo is set against a white rectangular background.

## ÖKK INDENNITÀ GIORNALIERA (LAMaI)

ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG  
Condizioni generali di assicurazione (CGA)  
Edizione 1.1.2023

### INDICE

<b>1.</b>	<b>Fondamenti assicurativi</b>	<b>2</b>	<b>7.</b>	<b>Parte legale</b>	<b>6</b>
1.1	Assicuratore	2	7.1	Decisione formale	6
1.2	Fondamenti giuridici	2	7.2	Opposizione	6
1.3	Scopo	2	7.3	Tribunale cantonale delle assicurazioni	6
<b>2.</b>	<b>Assicurazione</b>	<b>2</b>	7.4	Passaggio in giudicato	6
2.1	Persone assicurate	2	7.5	Pignoramento e cessione	6
2.2	Procedura di ammissione	2	<b>8.</b>	<b>Disposizioni finali</b>	<b>6</b>
2.3	Libero passaggio	2	8.1	Cambiamenti	6
2.4	Decorrenza dell'assicurazione	2	8.2	Entrata in vigore	6
2.5	Cambiamento di domicilio	2			
2.6	Sospensione dell'assicurazione	2			
2.7	Termine della copertura assicurativa	2			
<b>3.</b>	<b>Entità dell'assicurazione</b>	<b>3</b>			
3.1	Varianti di assicurazione	3			
3.2	Ammontare dell'indennità giornaliera assicurata	3			
3.3	Modifica dell'assicurazione	3			
<b>4.</b>	<b>Prestazioni</b>	<b>4</b>			
4.1	Diritto alle prestazioni	4			
4.2	Durata delle prestazioni	4			
4.3	Limitazione delle prestazioni	4			
4.4	Relazioni con altri assicuratori	5			
4.5	Prassi in caso di malattia e infortunio	5			
<b>5.</b>	<b>Premi e crediti di ÖKK</b>	<b>5</b>			
5.1	Stabilire i premi	5			
5.2	Pagamento dei premi	5			
<b>6.</b>	<b>Assicurazione collettiva</b>	<b>6</b>			

La forma maschile usata 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](http://www.oekk.ch/cga) o presso la sua agenzia ÖKK.

---

## 1. Fondamenti assicurativi

### 1.1 Assicuratore

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

### 1.2 Fondamenti giuridici

Le presenti Condizioni generali di assicurazione (CGA) 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 INDENNITÀ GIORNALIERA (LAMal) tutela dalla perdita di guadagno causa incapacità al lavoro a seguito di infortunio, malattia o maternità.

---

## 2. Assicurazione

### 2.1 Persone assicurate

Chi risiede in Svizzera e ha compiuto il 15° ma non il 65° anno di età, può stipulare un'assicurazione di indennità giornaliera.

### 2.2 Procedura di ammissione

#### 2.2.1 Domanda di ammissione

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

#### 2.2.2 Valutazione della domanda

La persona richiedente autorizza l'assicuratore a raccogliere informazioni presso il personale medico come pure presso altri assicuratori ai fini dell'ammissione e della definizione di un obbligo futuro di prestazioni.

L'assicuratore può richiedere un certificato medico o una visita da parte del medico di fiducia nonché designare il medico, supportandone i relativi costi.

#### 2.2.3 Riserva e rischio elevato

Malattie e conseguenze di infortuni presenti al momento dell'ammissione o che sono esistite precedentemente e a causa delle quali sono empiricamente possibili ricadute, possono essere escluse con riserva dall'assicurazione. In caso di copertura assicurativa più elevata, un'eventuale riserva sarà espressa tuttavia solo su prestazioni complementari assicurate.

La riserva viene comunicata alla persona assicurata per iscritto. Essa entra in vigore dall'inizio dell'assicurazione e resterà attiva cinque anni, andando a decadere senza ulteriori comunicazioni.

La persona assicurata è libera, prima della scadenza di questo termine, di fornire le prove che una riserva esistente non è più giustificata. È l'assicuratore a decidere per un annullamento anticipato. Le spese sono a carico della persona assicurata.

Se sussiste un rischio elevato d'assicurazione a causa di malattie o conseguenze di infortuni presenti al momento o che sono esistite precedentemente, verrà assicurata al massimo l'indennità giornaliera per persone assicurate con rischio elevato.

Se una persona assicurata al momento della domanda d'ammissione fornisce indicazioni inesatte o errate, può seguire una riserva, anche retroattivamente, o può essere ridotto retroattivamente l'ammontare d'indennità giornaliera del massimo dell'importo per persone assicurate con rischio elevato.

#### 2.2.4 Polizza di assicurazione e CGA

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

La polizza di assicurazione contiene le varianti d'assicurazione sottoscritte, il premio e altri dati importanti.

### 2.3 Libero passaggio

Persone che beneficiano del diritto di libero passaggio vengono assicurate con copertura equivalente a quella vigente, senza nuove riserve dovute all'età al momento dell'ammissione.

Le riserve degli assicuratori precedenti vengono mantenute fino a che siano trascorsi cinque anni. È necessario rivendicare il diritto di libero passaggio entro tre mesi dopo aver ricevuto comunicazione sul diritto di libero passaggio. È d'obbligo esibire il certificato d'assicurazione dell'assicuratore precedente.

### 2.4 Decorrenza dell'assicurazione

L'assicurazione decorre dal giorno di ammissione confermato dall'assicuratore.

### 2.5 Cambiamento di domicilio

Modifiche d'indirizzo e mutamenti di domicilio devono essere notificati all'assicuratore entro 30 giorni dal cambiamento. Come cambiamento di domicilio vale il mutamento del domicilio civile.

### 2.6 Sospensione dell'assicurazione

L'assicurazione può essere sospesa:

- a) in caso di un soggiorno all'estero superiore ai tre mesi;
- b) durante la formazione militare o il servizio civile per una durata superiore a un mese per la quale le prestazioni sono assicurate dall'assicurazione militare;
- c) in caso d'adesione all'assicurazione del datore di lavoro, tuttavia fino al raggiungimento del 45<sup>esimo</sup> anno d'età;
- d) in caso d'adesione all'assicurazione di un istituto di formazione per la durata della formazione e per prestazioni in essa assicurate;
- e) in caso di permanenza in penitenziari, istituti detentivi o riformatori superiore ai tre mesi.

In caso di riattivazione dell'assicurazione, la sospensione garantisce alla persona assicurata il volume assicurativo originario e l'immediato rientro in vigore del diritto alle prestazioni – senza nuove riserve e senza perdite a seguito della categoria di età.

### 2.7 Termine della copertura assicurativa

#### 2.7.1 In generale

L'assicurazione si risolve:

- a) mediante disdetta;
- b) con trasferimento all'estero;
- c) in caso di esaurimento definitivo del diritto di prestazioni;
- d) con il raggiungimento del limite d'età AVS, a condizione che non venga richiesta la proroga dell'assicurazione;
- e) in caso di decesso.

Su riserva di cause di annullamento previste per legge in caso di violazione degli obblighi in veste di persona assicurata.

#### 2.7.2 Disdetta

La persona assicurata può effettuare la disdetta per iscritto entro la fine del mese osservando un termine di preavviso pari a tre mesi.

In caso di comunicazione di nuovi premi, la persona assicurata può effettuare la disdetta per iscritto osservando un termine di preavviso pari a un mese entro 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).

### 2.7.3 Conseguenze in caso di termine della copertura assicurativa

Una volta estinta la copertura assicurativa, non sussiste, a parte prestazioni assicurative ancora aperte, alcun diritto legale di pretesa verso l'assicuratore.

La persona assicurata dovrà comunque rispondere di eventuali obblighi finanziari nei confronti dell'assicuratore.

---

## 3. Entità dell'assicurazione

### 3.1 Varianti di assicurazione

#### 3.1.1 Scelta della variante di assicurazione

La persona richiedente sceglie la variante di assicurazione per la quale desidera essere assicurata.

#### 3.1.2 Inizio delle prestazioni

L'assicuratore offre l'assicurazione con inizio delle prestazioni differenziato. Se non risulta definito nessun periodo di attesa, le prestazioni saranno corrisposte a partire dal primo giorno d'incapacità lavorativa attestata dal medico. Qualora il periodo di attesa sia fissato ad un giorno, le prestazioni saranno corrisposte a decorrere dal primo giorno lavorativo susseguente il giorno in cui è subentrata l'incapacità lavorativa attestata dal medico. In caso di periodi di attesa più lunghi, le prestazioni saranno corrisposte a partire dal primo giorno dopo la fine del periodo di attesa.

Assicurazioni con inizio delle prestazioni differito possono essere concordate con periodi di attesa fino a 730 giorni.

Senza accordi opposti, viene ricalcolato il periodo di attesa per ogni caso di malattia o infortunio fino a 21 giorni. Periodi di attesa più lunghi valgono solo una volta all'anno.

Il periodo di attesa viene aggiunto alla durata massima delle prestazioni, a condizione che il datore di lavoro sia obbligato al versamento continuato del salario durante il periodo di attesa.

#### 3.1.3 Copertura contro gli infortuni

La copertura contro gli infortuni può essere acclusa su richiesta della persona assicurata. L'indennità giornaliera per infortunio può essere assicurata anche singolarmente.

## 3.2 Ammontare dell'indennità giornaliera assicurata

### 3.2.1 Principio

L'ammontare dell'indennità giornaliera viene pattuito tra la persona assicurata e l'assicuratore.

È assicurabile il presunto guadagno mancato causato dal caso assicurativo della persona assicurata oppure il valore della sua prestazione lavorativa impossibilitata.

L'assicuratore ha il diritto di stabilire un tetto massimo per l'indennità giornaliera assicurabile. L'indennità giornaliera assicurata corrisponde alla 365<sup>esima</sup> parte della perdita di guadagno annua assicurata.

Assicurazioni d'indennità giornaliera concluse presso altri istituti d'assicurazione devono essere dichiarate. L'obbligo di denuncia da parte del contraente permane anche nel caso in cui queste vengano stipulate dopo la sottoscrizione di ÖKK INDENNITÀ GIORNALIERA (LAMaI).

In caso di sovrassicurazione, previo consenso della persona assicurata, l'assicuratore può ridurre l'indennità giornaliera assicurata. La riduzione avviene alla fine del mese senza termine di disdetta.

### 3.2.2 Rischi elevati

L'indennità giornaliera per persone assicurate che al momento della stipula del contratto assicurativo rappresentano un rischio elevato, ammonta a un massimo di CHF 10 al giorno.

### 3.2.3 Lavoratori dipendenti

Persone assicurate, le cui entrate provengono da un rapporto lavorativo dipendente, possono assicurarsi fino al limite imponibile AVS dello stipendio lordo.

### 3.2.4 Lavoratori indipendenti

Persone assicurate le cui entrate provengono da un'attività indipendente, possono assicurarsi fino al limite imponibile AVS dello stipendio lordo secondo l'ultima dichiarazione dei contributi AVS. Sono inoltre assicurabili le spese di conseguimento del guadagno verificabili permanenti anche durante l'incapacità lavorativa. Questi sono costi che riguardano direttamente la persona assicurata e che sono in relazione diretta con il guadagno, in particolare costi fissi per affitto, automobile, assicurazioni, ammortamenti di macchine e altro. Al momento della stipula questi costi devono essere dichiarati.

### 3.2.5 Persone senza attività lucrativa

Le casalinghe e i casalinghi, le persone in formazione e i parenti che lavorano nell'esercizio di famiglia senza salario in contanti possono assicurarsi un importo pari alla rendita AVS semplice massima.

Indennità giornaliera che superano il tasso giornaliero della semplice rendita minima AVS vengono indennizzate solo se il valore della prestazione lavorativa impossibilitata può essere giustificata per mezzo di spese di terzi (come ad esempio aiuti domestici, rimpiazzi, ecc.).

## 3.3 Modifica dell'assicurazione

### 3.3.1 In generale

La persona assicurata può richiedere in qualsiasi momento un aumento o una riduzione dell'indennità giornaliera. Inoltre, è possibile ridurre o aumentare il periodo di attesa rispettivamente includere o escludere la copertura d'infortunio.

Nel caso di un aumento della copertura assicurativa, valgono conformemente al senso le condizioni della domanda di ammissione, e nel caso di una diminuzione dell'assicurazione quelle della disdetta.

### 3.3.2 Adeguamento al rincaro

La persona assicurata può richiedere l'adeguamento della sua assicurazione al rincaro annuo secondo l'indice nazionale dei prezzi del consumo. L'assicuratore accorda questo adeguamento senza un'analisi del rischio e nell'attuale categoria d'età, a condizione che non esista nessuna incapacità lavorativa e nessun indennizzo di indennità giornaliera. L'adeguamento è possibile solo per l'ultimo anno civile concluso.

Inoltre la persona assicurata può richiedere in qualsiasi momento l'adeguamento della sua assicurazione allo sviluppo salariale reale, alle condizioni della maggiore copertura assicurativa.

### 3.3.3 Acclusione successiva della copertura contro gli infortuni

L'assicuratore accorda l'acclusione della copertura contro gli infortuni nella stessa categoria d'età come nell'assicurazione già esistente. L'assicuratore può però escludere le conseguenze d'infortuni mediante riserve dalla copertura assicurativa o rifiutare in caso di rischio elevato la copertura contro gli infortuni.

### 3.3.4 Aumento della copertura assicurativa

Se viene ridotta l'indennità giornaliera assicurata e l'attuale periodo di attesa o viceversa, l'assicuratore accorda questo adeguamento senza cambiamento della categoria d'età, a condizione però che sia garantita l'equivalenza dei premi.

Un aumento dell'assicurazione può essere respinto se:

- a) l'età AVS è superata;
- b) sono presenti malattie e conseguenze di infortuni, anche quelle esistenti già in precedenza e che rappresentano un rischio elevato;
- c) vengono richieste prestazioni eccessive;
- d) pagamenti di premi risultano scoperti.

L'assicuratore può definire condizioni ulteriori o divergenti per cambiamenti assicurativi a favore della persona assicurata.

---

## 4. Prestazioni

### 4.1 Diritto alle prestazioni

#### 4.1.1 In generale

Il diritto alle prestazioni sussiste per la durata dell'assicurazione. Le prestazioni si commisurano all'entità di copertura assicurativa conclusa e a queste CGA.

La totalità delle prestazioni d'indennità giornaliera corrisposte non può superare il presumibile guadagno venuto a mancare alla persona assicurata a seguito dell'evento assicurato oppure il valore dell'impossibilità alla prestazione lavorativa, inclusi i costi aggiuntivi previsti dalla legge.

A seconda della decorrenza delle prestazioni scelta, dopo il subentrare del diritto alle prestazioni l'assicuratore corrisponde le prestazioni per quei giorni in cui è sussistita un'incapacità lavorativa attestata da un medico.

Un'incapacità lavorativa parziale dà diritto a un'indennità giornaliera ridotta. Secondo le corrispondenti normative della LAMal, la copertura assicurativa residua fino alla capacità lavorativa completa permane. Nessun diritto alle prestazioni sussiste allorché il grado dell'incapacità lavorativa risulti inferiore al 50 %.

Se, durante un caso di prestazioni, a seguito del subentrare di pagamenti di altri garanti assicurativi, si verifica un sovraindennizzo, l'indennità giornaliera viene proporzionalmente ridotta; la durata delle prestazioni viene protratta in maniera corrispondente.

Il periodo d'attesa decorre dal primo giorno dell'incapacità lavorativa attestata dal medico.

Sono considerati giorni d'attesa quei giorni in cui sussiste un'incapacità lavorativa di almeno il 50 %.

#### 4.1.2 Infortunio

Se è assicurato pure il rischio infortunistico, in caso d'infortunio le prestazioni vengono corrisposte nella stessa entità come in caso di malattia.

La copertura contro gli infortuni avviene in maniera sussidiaria, ovvero la responsabilità di terzi precedono in ogni caso l'obbligo di prestazione dell'assicuratore.

La definizione di infortunio si orienta alle vigenti normative della LPGA.

#### 4.1.3 Disoccupazione

Gli assicurati disoccupati possono convertire senza riserve la loro assicurazione, fino al limite dell'importo d'indennità giornaliera assicurato finora, in un'altra con un periodo di attesa di 30 giorni, a condizione che si siano già iscritti alla cassa disoccupazione.

Il premio derivante da tale copertura assicurativa più elevata viene calcolato in base all'età effettiva.

In caso di incapacità lavorativa superiore al 50 % verrà versata la piena indennità giornaliera.

### 4.1.4 Maternità

Le prestazioni in caso di maternità vengono corrisposte, a condizione che prima del parto sia esistita una protezione assicurativa di almeno 270 giorni senza interruzioni che superino i tre mesi presso l'assicuratore o altri assicuratori, secondo le disposizioni della LAMal.

La durata delle prestazioni massima per la maternità è di 16 settimane, delle quali almeno 8 settimane dopo il parto. Queste indennità giornaliere non vengono addizionate alla durata massima delle prestazioni.

### 4.1.5 Incapacità lavorativa all'estero

In caso di viaggi di vacanza privati all'estero le prestazioni d'indennità giornaliera assicurate sono corrisposte unicamente durante una degenza ospedaliera. Tale regolamentazione si applica anche ai frontalieri al di fuori della Svizzera nonché al di fuori del loro domicilio. Su riserva di un soggiorno per ragioni professionali.

### 4.1.6 Soggiorno all'estero in caso di incapacità lavorativa

Se la persona assicurata inabile al lavoro e avente diritto a prestazioni si reca all'estero senza il consenso dell'assicuratore, per il periodo di permanenza all'estero il diritto alle prestazioni è sospeso.

Tale restrizione non si applica ai frontalieri durante il loro soggiorno in Svizzera.

## 4.2 Durata delle prestazioni

### 4.2.1 Principio

Per malattie e infortunio assieme vengono versate al massimo 730 indennità giornaliere entro 900 giorni consecutivi. In caso di indennità giornaliera ridotta a causa di sovraindennizzo, la persona assicurata inabile al lavoro ha il diritto al controvalore di 730 indennità giornaliere intere. I termini per il ritiro dell'indennità giornaliera si prolungano conformemente alla limitazione.

Le prestazioni già riscosse da assicuratori precedenti vengono addizionate alle pretese totali.

La persona assicurata non può arrestare il completamento del diritto di prestazioni rinunciando alle prestazioni da parte dell'assicuratore prima della fine della necessità della cura o dell'incapacità lavorativa.

### 4.2.2 Raggiungimento dell'età massima di adesione

Se dopo il raggiungimento dell'età AVS la persona assicurata, in accordo con l'assicuratore, proroga la sua copertura assicurativa, l'assicuratore versa la piena indennità giornaliera assicurata per un massimo di 90 giorni.

### 4.2.3 Lavoratori indipendenti

Per le spese di profitto assicurato vengono versate al massimo 180 indennità giornaliere intere.

## 4.3 Limitazione delle prestazioni

### 4.3.1 Riduzione e sospensione delle prestazioni

Nessun diritto alle prestazioni sussiste:

- a) per malattie e conseguenze infortunistiche sulle quali vige una riserva;
- b) per malattie o conseguenze infortunistiche che alla richiesta non sono state, in maniera colpevole, notificate o lo sono state soltanto parzialmente, per il periodo per il quale l'assicuratore le avrebbe escluse se ad esso note;
- c) durante un periodo di carenza;
- d) per conseguenze infortunistiche a carico di un altro assicuratore

- e) se un trattamento non risulta necessario per curare un disturbo alla salute o le sue conseguenze. Su riserva dei provvedimenti che preven- gono il subentrare di danni o il peggioramento della salute, allorquando è già riscontrabile uno stato patologico;
- f) in caso di sospensione dell'assicurazione;
- g) in caso di partecipazione ad azioni bellicose o atti simili.

Le prestazioni possono temporaneamente o permanentemente essere ridotte o in casi particolarmente gravi rifiutate:

- h) in caso di violazione degli obblighi di collaborazione previsti per legge come ad es. l'obbligo di notifica (per es. presso altri assicuratori sociali);
- i) se la persona assicurata rifiuta una visita di controllo del medico di fiducia richiesta dall'assicuratore;
- j) se la persona assicurata si sottrae o si oppone a trattamenti da lei ragionevolmente esigibili o a provvedimenti di reintegrazione professionale o se volutamente non contribuisce a renderli possibili;
- k) se la persona assicurata si espone a rischi e pericoli straordinari;
- l) in caso di cagionamento intenzionale di una malattia o di un infortunio, nonché in caso di malattie o infortuni subentrati a seguito della partecipazione attiva ad azioni illegali, risse o altri atti di violenza;
- m) agli assicurati che stanno scontando una pena o hanno provvedimenti penali in corso.

#### 4.3.2 Obbligo di rimborso

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

### 4.4 Relazioni con altri assicuratori

#### 4.4.1 In generale

Se da parte di un altro assicuratore esiste un'assicurazione d'indennità giornaliera ai sensi della LAMal o secondo la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA), l'assicuratore non è obbligato a indennizzare prestazioni, o al massimo indennizza la parte non coperta.

#### 4.4.2 Altri assicuratori sociali

Valgono le normative della LPGa, della LAMal e dell'Ordinamento sull'assicurazione malattia (OAMal).

#### 4.4.3 Assicuratore privato secondo LCA

Sono applicabili le normative sul regresso ai sensi dell'art. 72 e ss. LPGa e sul sovraindennizzo ai sensi dell'art. 69 LPGa e dell'art. 122 OAMal.

### 4.5 Prassi in caso di malattia e infortunio

#### 4.5.1 Obbligo di notifica

La persona assicurata deve informare l'assicuratore entro cinque giorni di ogni incapacità lavorativa che darebbe il diritto all'indennità giornaliera ed indicare se questa incapacità lavorativa è causata da un infortunio o da una malattia. L'attestato d'incapacità lavorativa redatto dal medico o dal chiropratico, deve essere inoltrato all'assicuratore al più tardi entro dieci giorni dall'inizio dell'incapacità lavorativa. In caso di omissione senza validi motivi, l'assicuratore accorda le prestazioni solo a partire dal giorno in cui è avvenuta la notifica. Il periodo di attesa decorre dall'arrivo della notifica. Si applica una riserva per notifiche che pervengono in ritardo senza colpa dell'interessato. Non sono ammesse postdatazioni di attestati medici e di annunci di malattia o infortunio. Questi documenti sono da inoltrare per tempo anche se la durata dell'incapacità lavorativa cade completamente nel periodo di attesa accordato.

La persona assicurata deve portare la prova della perdita di guadagno comprese eventuali spese di guadagno. Se diminuisce il grado dell'incapacità lavorativa, l'assicuratore deve esserne informato tempestivamente.

#### 4.5.2 Comportamento in caso di malattia e infortunio

La persona assicurata deve fare tutto il possibile per favorire la guarigione ed evitare tutto ciò che la potrebbe impedire. Essa deve in particolare seguire tutte le prescrizioni da parte del personale medico.

L'assicuratore è autorizzato a verificare che ci si attenga alle prescrizioni mediche e ad applicare misure di controllo adeguate.

#### 4.5.3 Obbligo d'informazione

La persona assicurata fornisce gratuitamente all'assicuratore tutte le informazioni necessarie all'accertamento del diritto e alla definizione delle prestazioni assicurative. In particolar modo essa è tenuta ad informare l'assicuratore in merito a qualsiasi prestazione di terzi in relazione a malattia, infortunio o invalidità e, in caso d'infortunio, fornisce all'assicurazione tutte le indispensabili informazioni in merito alla dinamica dell'infortunio nonché su eventuali terzi coinvolti nell'infortunio.

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

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

L'assicuratore è in ogni caso legittimato a verificare l'incapacità lavorativa nonché la perdita di guadagno non coperta comprensiva di eventuali spese di conseguimento e ad adottare, se del caso, corrispondenti misure di controllo.

L'indennità giornaliera viene corrisposta sulla base del certificato medico, dopo il riacquisto della capacità lavorativa. Se l'incapacità lavorativa si protrae oltre un mese, l'indennità giornaliera viene di regola corrisposta una volta al mese. Se, in maniera ingiustificata, la persona assicurata non ottempera ai propri obblighi d'informazione e collaborazione nel caso di prestazioni, l'assicuratore ha la facoltà di decidere in merito al diritto alle prestazioni in base agli atti oppure di non entrare in merito alla richiesta.

---

## 5. Premi e crediti di ÖKK

### 5.1 Stabilire i premi

#### 5.1.1 In generale

Il premio viene fissato nel tariffario dei premi di ÖKK INDENNITÀ GIORNALIERA. I premi possono essere classificati in base all'età di adesione e alla regione.

#### 5.1.2 Sospensione dell'assicurazione

In caso di sospensione dell'assicurazione ai sensi della cifra 2.6 di queste CGA verrà riscosso un premio ridotto.

### 5.2 Pagamento dei premi

#### 5.2.1 Scadenza e periodo di pagamento

I premi si pagano anticipatamente. Il periodo di pagamento più breve corrisponde a un mese di calendario. I premi vanno versati senza interruzione, dunque anche in caso di malattia, infortunio, incapacità lavorativa o in caso di esaurimento del diritto alle prestazioni. Se l'assicurazione inizia o viene annullata durante il mese, deve comunque essere versato l'intero premio mensile.

#### 5.2.2 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.



### 5.2.3 Mora

Se la persona assicurata non salda premi o partecipazioni ai costi arretrati, l'assicuratore, dopo almeno un sollecito scritto, inoltra una diffida. In essa l'assicuratore stabilisce una dilazione di trenta giorni, avvisando la persona assicurata sulle conseguenze del ritardo del pagamento.

Se la persona assicurata, nonostante la diffida, non salda premi, partecipazioni ai costi e interessi di mora entro il termine di scadenza stabilito, viene a decadere la copertura per nuovi casi e il suo diritto a prestazioni per i casi in corso. La copertura per nuovi casi e il diritto a prestazioni per casi in corso si riattivano a pagamento avvenuto, tuttavia non con effetto retroattivo. L'assicuratore ha inoltre il diritto di recedere immediatamente dal contratto se il termine di scadenza stabilito nella diffida è decorso infruttuosamente. Spese di sollecito e costi di esecuzioni vanno in ogni caso a carico della persona assicurata.

---

## 6. Assicurazione collettiva

L'assicuratore può sottoscrivere contratti di assicurazione collettiva ai sensi dell'art. 67 cpv. 3 LAMal per gruppi definiti di persone. Le condizioni di assicurazione possono differenziarsi dalle presenti CGA. Le condizioni del contratto di assicurazione collettiva precedono queste CGA.

---

## 7. Parte legale

### 7.1 Decisione formale

Se una persona assicurata non concorda con una decisione, l'assicuratore rilascia su richiesta una decisione formale scritta e motivata con indicazione dei rispettivi rimedi giuridici.

### 7.2 Opposizione

Contro una simile decisione formale può essere presentata opposizione presso l'assicuratore entro 30 giorni dalla sua notifica. Contro tale opposizione l'assicuratore è tenuto a rilasciare una decisione su opposizione scritta e motivata con indicazione dei rispettivi rimedi giuridici.

### 7.3 Tribunale cantonale delle assicurazioni

Una decisione su opposizione può essere impugnata mediante ricorso al Tribunale cantonale delle assicurazioni entro 30 giorni dalla notifica.

Il diritto di reclamo spetta a chiunque è toccato dalla decisione impugnata o dalla decisione su opposizione e ha un interesse degno di protezione all'annullamento o alla modifica.

È competente il Tribunale delle assicurazioni del cantone di residenza della persona assicurata o del terzo ricorrente. Il Tribunale delle assicurazioni può parimenti essere adito, allorquando l'assicuratore non rilasci nessuna decisione formale o nessuna decisione su opposizione entro il termine legale.

Se il domicilio della persona assicurata o del terzo ricorrente si trova all'estero, è competente il Tribunale delle assicurazioni di quel cantone in cui si trovava l'ultimo domicilio svizzero del ricorrente oppure quello della sede dell'ultimo datore di lavoro in Svizzera; non essendo accertabile nessun luogo, la competenza spetta al Tribunale delle assicurazioni del luogo ove ha sede l'assicuratore.

### 7.4 Passaggio in giudicato

Le disposizioni o le decisioni su opposizione dell'assicuratore passano in giudicato se non impugunate entro il termine legale previsto oppure con il passaggio in giudicato del ricorso respinto. Le decisioni passate in giudicato concernenti prestazioni in denaro sono parificate a sentenze esecutive legali ai sensi dell'art. 80 della Legge sull'esecuzione e il fallimento (LEF).

### 7.5 Pignoramento e cessione

Le richieste nei confronti dell'assicuratore non possono essere pignorate. Possono essere cedute solo nei casi previsti dalla LAMal.

---

## 8. Disposizioni finali

### 8.1 Cambiamenti

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

### 8.2 Entrata in vigore

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



0800 838 000  
info@oekk.ch  
www.oekk.ch  
www.facebook.com/oekk.ch