

Condizioni generali di assicurazione (CGA)

Linea di prodotti ÖKK UNO

Edizione 2023

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



Condizioni generali di assicurazione

Linea di prodotti ÖKK UNO

Edizione 2023

INDICE

1. Condizioni generali di assicurazione (CGA) per l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione 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 COMPLEMENTARE GENERALE e ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA	Pagina 18
ÖKK OPTIMA	Pagina 23
ÖKK PREMIUM	Pagina 27
ÖKK COMBI	Pagina 31
ÖKK INFORTUNI PRIVATA	Pagina 37
ÖKK FAMILY	Pagina 41
ÖKK FAMILY FLEX	Pagina 47
ÖKK SALTO	Pagina 53
ÖKK DENTAL	Pagina 58
ÖKK TOURIST	Pagina 61
ÖKK PROTECT	Pagina 72
ÖKK CAPITALE DI RISCHIO IN CASO DI DECESSO O INVALIDITÀ IN SEGUITO A INFORTUNIO	Pagina 75
ÖKK CAPITALE DI RISCHIO IN CASO DI DECESSO O INVALIDITÀ IN SEGUITO A MALATTIA	Pagina 80
ÖKK COMPENSA	Pagina 86

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 o presso la sua agenzia ÖKK.

ÖKK BASE

ÖKK Kranken- und Unfallversicherungen AG, edizione 1.1.2023

INDICE

1.	Fondamenti assicurativi	3	7.	Premi	7
1.1	Assicuratore	3	7.1	Determinazione dei premi	7
1.2	Basi legali	3	7.2	Riduzioni dei premi	7
1.3	Scopo	3	7.3	Riduzione dei premi	7
			7.4	Esenzione dai premi durante il servizio militare o civile	7
			7.5	Pagamento dei premi	7
2.	Assicurazione	3	8.	Contratto amministrativo	7
2.1	Persone assicurate	3	8.1	Aspetti generali	7
2.2	Procedura di ammissione	3	8.2	Condizioni divergenti	7
2.3	Durata dell'assicurazione	3	9.	Amministrazione della giustizia	7
2.4	Trasferimento del domicilio	3	9.1	Decisione	7
2.5	Copertura contro gli infortuni	3	9.2	Opposizione	7
2.6	Cambiamento di forme assicurative	3	9.3	Tribunale cantonale delle assicurazioni	7
2.7	Fine dell'assicurazione	3	9.4	Passaggio in giudicato	7
			9.5	Protezione giuridica	7
3.	Prestazioni	3	10.	Disposizioni finali	8
3.1	Condizioni generali per le prestazioni	3	10.1	Modifiche	8
3.2	Trattamento ambulatoriale	4	10.2	Entrata in vigore	8
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			

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 attiva 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 medicinali 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 1° gennaio 2023 e sostituiscono tutte le edizioni precedenti.

Disposizioni comuni

ÖKK Versicherungen AG, edizione 1.1.2023

INDICE

1.	Fondamenti assicurativi	10	8.	Premi e pagamenti	14
1.1	Principio	10	8.1	Determinazione dei premi	14
1.2	Enti assicuratori	10	8.2	Adeguamento delle tariffe dei premi e della partecipazione ai costi	14
1.3	Oggetto dell'assicurazione	10	8.3	Pagamento dei premi	15
1.4	Condizioni generali di assicurazione	10	8.4	Partecipazione alle eccedenze	15
1.5	Condizioni per i contratti quadro e le assicurazioni collettive	10	8.5	Ribasso per assenza di prestazioni (RAP)	15
1.6	Legge sul contratto d'assicurazione	10	8.6	Altre disposizioni di pagamento	16
2.	Categorie assicurative	10	9.	Prestazioni di terzi	16
2.1	Categorie assicurative proposte	10	9.1	Sussidiarietà	16
2.2	Categorie assicurative scelte	10	9.2	Assicurazioni sociali	16
3.	Persone assicurate	10	9.3	Prestazioni anticipate e rivalsa	16
3.1	Assicurazione individuale	10	9.4	Sovrassicurazione	16
3.2	Contratto quadro o contratto collettivo	10	10.	Protezione dei dati	16
4.	Inizio e durata dell'assicurazione	11	10.1	Basi legali	16
4.1	Procedura in caso di stipula dell'assicurazione	11	10.2	Scopo del trattamento	16
4.2	Inizio dell'assicurazione	11	10.3	Trasmissione di dati a terzi per il relativo trattamento	16
4.3	Durata dell'assicurazione	11	10.4	Conservazione dei dati	16
4.4	Modifica dell'assicurazione	11	11.	Comunicazioni	16
4.5	Sospensione dell'assicurazione	11	12.	Forma scritta	17
5.	Fine dell'assicurazione	11	13.	Foro competente	17
5.1	Disdetta da parte del contraente	11			
5.2	Rinuncia alla disdetta da parte dell'assicuratore	12			
5.3	Altri motivi di risoluzione	12			
6.	Prestazioni	12			
6.1	Definizioni dei termini	12			
6.2	Ambito delle prestazioni	13			
6.3	Prestazioni assicurate	13			
6.4	Limitazioni delle prestazioni	13			
7.	Obbligo di collaborare in caso di malattia e infortunio	14			
7.1	Obbligo di notifica	14			
7.2	Obbligo di contenimento del danno	14			
7.3	Obbligo d'informazione	14			

1. Fondamenti assicurativi

1.1 Principio

In aggiunta all'assicurazione malattie in base alla LAMal, conformemente alle presenti Condizioni generali di assicurazione (in seguito: CGA ÖKK UNO) vengono offerte assicurazioni complementari e altre assicurazioni.

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 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 condizioni delle singole categorie assicurative, la copertura d'infortunio 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

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

Le Disposizioni comuni delle CGA ÖKK UNO (in seguito: DC ÖKK UNO) valgono per tutti i tipi di copertura assicurativa indicati di seguito. Le singole modalità sulle prestazioni vengono trattate nelle condizioni delle singole categorie assicurative. Qualora i tipi di copertura assicurativa divergano dalle DC ÖKK UNO, le disposizioni dei singoli tipi di copertura assicurativa hanno la precedenza sulle DC ÖKK UNO.

1.5 Condizioni per i contratti quadro e le assicurazioni collettive

Le CGA di ÖKK UNO 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 UNO.

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 contrattuali non sono stabilite regolamentazioni diverse, si applicano, anche per contratti stipulati prima del 1° gennaio 2022, le disposizioni della Legge federale sul contratto di assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908 (nella versione del 1° gennaio 2022).

2. Categorie assicurative

2.1 Categorie assicurative proposte

Le diverse assicurazioni secondo le presenti CGA ÖKK UNO sono:

- ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE e ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA
- ÖKK OPTIMA
- ÖKK PREMIUM
- ÖKK COMBI: COMUNE, CONFORT, FLEX, SEMIPRIVATA, PRIVATA, GLOBAL
- ÖKK INFORTUNI PRIVATA
- ÖKK FAMILY
- ÖKK FAMILY FLEX
- ÖKK SALTO
- ÖKK MONDIAL
- ÖKK DENTAL
- ÖKK TOURIST
- ÖKK PROTECT
- ÖKK CAPITALE DI RISCHIO IN CASO DI DECESSO O INVALIDITÀ IN SEGUITO A INFORTUNIO
- ÖKK CAPITALE DI RISCHIO IN CASO DI DECESSO O INVALIDITÀ IN SEGUITO A MALATTIA
- ÖKK COMPENSA
- ÖKK INDENNITÀ GIORNALIERA AGA

Alcune categorie assicurative sono disponibili anche nelle varianti CASAMED e/o ECOPIANO.

2.2 Categorie assicurative scelte

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

3. Persone assicurate

3.1 Assicurazione individuale

Sono assicurate le persone elencate nella polizza assicurativa.

3.2 Contratto quadro o contratto collettivo

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 assicurate le persone oppure i gruppi di persone nominati 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 sul modulo.

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

4.1.2 Obbligo d'informazione

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

In caso di risoluzione del contratto 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 richiesta di ammissione il richiedente autorizza l'assicuratore a raccogliere informazioni necessarie per l'ammissione e la chiarificazione di un obbligo futuro di prestazioni, dal personale medico come pure da altri assicuratori.

L'assicuratore può richiedere un certificato medico o una visita da parte del medico di fiducia. Le spese sono a carico dell'assicuratore.

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

4.1.3 Documenti

Dopo l'ammissione 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

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

4.3.2 Durata assicurativa superiore

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

4.3.3 Momento di stipula dell'assicurazione

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

4.3.4 Rinnovo dell'assicurazione

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.

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

4.5 Sospensione dell'assicurazione

4.5.1 Presupposto

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

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

4.5.2 Durata ed entità della sospensione

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

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

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

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

5. Fine dell'assicurazione

5.1 Disdetta da parte del contraente

5.1.1 Disdetta ordinaria

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

5.1.2 Disdetta in caso di sinistro

Per ogni caso di sinistro assicurativo per il quale l'assicuratore ha fornito delle prestazioni, il contraente d'assicurazione ha la possibilità di dichiarare per iscritto l'uscita dalla rispettiva parte del contratto entro 14 giorni dal momento del pagamento oppure dal momento in cui è venuto a conoscenza dell'assunzione di prestazione da parte dell'assicuratore. Il premio è addebitato 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 una categoria assicurativa;
- e) se il contratto non viene rinnovato al raggiungimento della durata d'assicurazione massima in ÖKK MONDIAL 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 Definizioni 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 Malattia cronica

Sono considerate malattie croniche le condizioni di danno permanente e in-forme alla salute che necessitano di cure ma non impongono un picchetto medico.

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

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

6.1.4 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 270 giorni oppure, in caso di assicurazione equivalente presso un altro assicuratore, se la stipula dell'assicurazione è stata confermata almeno 270 giorni prima del parto.

6.1.5 Infermità congenita

Sono considerate infermità congenite le malattie presenti a nascita avvenuta.

6.1.6 Ospedale acuto

Si considerano ospedali acuti le strutture 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.

6.1.7 Trattamenti acuti

Per trattamenti acuti si intendono esclusivamente i trattamenti stazionari in ospedali acuti (sono escluse le cliniche psichiatriche e le cliniche di riabilitazione).

6.1.8 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.

6.1.9 Clinica di riabilitazione

Sono considerati 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.

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

6.1.10.1 Ospedale dell'elenco ospedaliero

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

6.1.10.2 Ospedale convenzionato

Istituto con cui l'assicuratore ha stabilito degli accordi sulla definizione delle tariffe o le cui tariffe sono riconosciute dall'assicuratore.

L'elenco degli istituti riconosciuti può essere visionato presso l'assicuratore.

6.1.10.3 Altro ospedale

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

6.1.11 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.

6.1.12 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 relative alla validità territoriale delle singole categorie assicurative hanno la precedenza.

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

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 dopo la fine 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 definita nella polizza assicurativa e in base alle condizioni per le singole categorie assicurative.

6.3.2 Economicità del trattamento

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

Allo scopo di un'assistenza ottimale dei propri assicurati, l'assicuratore può convenire con i fornitori di prestazioni autorizzati, dei provvedimenti accompagnatori finalizzati a garantire, mediante migliorata collaborazione e cooperazione tra fornitori di prestazioni e l'assicuratore, trattamenti efficaci, opportuni ed economici a favore dei propri assicurati. Nell'attuazione pratica di tali provvedimenti, l'assicuratore ha la facoltà di avvalersi di un consulente sanitario.

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

6.3.3 Trattamenti da parte di fornitori di prestazioni mediche riconosciuti

Sono assicurate le cure fornite da persone o da istituti medici riconosciuti dalla LAMal. Le prestazioni fornite da altre persone o altri istituti sono assicurate solo se sono previste nelle singole categorie assicurative.

6.4 Limitazioni delle prestazioni

6.4.1 Malattie e infortuni esistenti

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

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

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

6.4.2 Esclusione di prestazioni

Non esiste nessuna pretesa a prestazioni:

- a) in caso di malattie e conseguenze d'infortuni che esistevano già nel momento dell'affiliazione e che l'assicuratore ha escluso dall'assicurazione
- b) in caso di malattie o conseguenze di infortuni esistenti che durante la dichiarazione d'adesione non sono state comunicate o solo parzialmente
- c) durante un periodo di carenza
- d) nel caso in cui una cura non serve ad eliminare i disturbi alla salute o le conseguenze da essi derivanti. Riserve rimangono per le misure le quali impediscono l'inizio o il peggioramento di un disturbo alla salute nel caso in cui è già presente uno stato di malattia.
- e) in caso di cure eseguite da un fornitore di prestazioni non riconosciuto dall'assicurazione
- f) in caso di cure odontoiatriche nel caso in cui la copertura non è regolata esplicitamente nella categoria assicurativa sottoscritta
- g) in caso di sospensione dell'affiliazione
- h) in caso di pagamento ritardato a partire dal termine d'ammonimento fino al completo pagamento di tutte le prestazioni
- i) in caso di coinvolgimento in fatti bellicosi, rivolte o simili nonché in caso di servizio militare all'estero
- j) in caso di malattie e infortuni conseguenti ad avvenimenti bellicosi che hanno avuto inizio già da più di 14 giorni

- k) in caso di malattie e infortuni conseguenti ad una partecipazione attiva a fatti punibili, liti o altre violenze
- l) in caso di conseguenze di terremoti e altre catastrofi naturali
- m) in caso di danni salutari in conseguenza a grandi incidenti industriali oppure a danni di energia nucleare
- n) in caso di trapianti di organi ai sensi dell'Ordinanza sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (OPre), Allegato 1, sezione Chirurgia di trapianto, indipendentemente dal luogo d'esecuzione dei trapianti
- o) in caso di partecipazioni alle spese legali ed accordati dell'assicurazione base per la cura medico-sanitaria obbligatoria
- p) in caso di malattie epidemiche.

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

6.4.3 Limitazioni delle prestazioni

Le prestazioni possono essere ridotte:

- a) in caso di colpevolezza nell'attirarsi malattie o farsi coinvolgere in infortuni, in particolare per causa di abuso di alcool, medicinali o altre droghe
- b) per danni salutari che possono essere ricondotti ad un'impresa rischiosa, cioè quando la persona assicurata si espone ad un grande pericolo senza prendere oppure poter prendere dei provvedimenti che riducono il rischio ad un grado ragionevole. Sono escluse le azioni di soccorso di persone. Come impresa rischiosa ai sensi di queste condizioni si intende inoltre in particolare la partecipazione a corse con motoveicoli o ad un allenamento.
- c) se il danno alla salute è stato provocato intenzionalmente, anche come conseguenza di tentativi di suicidio o di autolesionamento
- d) se per la determinazione del diritto assicurativo non vengono, nonostante l'ammonimento per iscritto, presentati entro quattro settimane i documenti necessari. Sono fatte salve le disposizioni secondo l'art. 45 LCA. 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 è tenuta a presentare i suoi diritti di prestazione all'assicuratore entro il termine stabilito nelle condizioni per le singole categorie assicurative. L'inizio di un infortunio deve essere annunciato al più tardi entro dieci giorni.

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

7.2 Obbligo di contenimento del danno

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

Nell'ambito dei provvedimenti accompagnatori dell'assicuratore, la persona assicurata sosterrà l'operato del consulente sanitario, fornendogli tutte le indispensabili informazioni di cui questi necessita.

7.3 Obbligo d'informazione

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

Su richiesta il membro deve lasciarsi visitare da un secondo medico o medico di fiducia dell'assicuratore. Le spese sono a carico dell'assicuratore.

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

Per le persone interdette (non capaci di agire), il contraente d'assicurazione è tenuto a imporre l'osservanza dell'obbligo d'informazione.

8. Premi e pagamenti

8.1 Determinazione dei premi

8.1.1 Aspetti generali

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

8.1.2 Ammontare dei premi

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

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

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 assicurazioni sospese viene riscosso un premio ridotto.

8.1.3 Sconti sui premi ed esonero dal pagamento dei premi

L'assicuratore può concedere a bambini e giovani fino a 25 anni di età sconti famiglia e decidere di accordare l'esonero dal pagamento dei premi.

Sconto famiglia

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

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

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).

Esonero dal pagamento del premio

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

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

8.2 Adeguamento delle tariffe dei premi e della partecipazione ai costi

Le tariffe dei premi e l'ammontare della partecipazione possono essere adattati allo sviluppo delle spese e all'evoluzione dei danni.

I premi vengono inoltre adeguati al passaggio alla fascia d'età immediatamente superiore. L'adeguamento può comportare un aumento dei premi.

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 COMBI, la prima fascia d'età è la 0-18 anni, per ÖKK DENTAL 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.

L'adattamento dei premi viene annunciato al contraente d'assicurazione 30 giorni prima dell'attuazione. Egli ha diritto di ritiro dalla relativa categoria assicurativa entro un termine di 30 giorni dalla comunicazione dell'assicuratore sulla data dell'entrata in vigore dell'adattamento del premio.

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 di un cambiamento di residenza non è considerata un adeguamento di premio.

8.3 Pagamento dei premi

8.3.1 Scadenza

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

8.3.2 Sollecito e conseguenze della mora

Se premi e partecipazioni ai costi scoperti non vengono saldati entro 30 giorni, l'assicuratore sollecita per iscritto il contraente al pagamento degli importi scoperti e delle spese di sollecito entro 14 giorni dall'invio del sollecito, rendendolo attento sulle conseguenze di mora previste per legge.

Se il contraente non reagisce al sollecito, allo scadere del termine di pagamento decade l'obbligo di prestazioni da parte dell'assicuratore.

Se l'assicuratore non torna a richiedere i premi scoperti entro due mesi dalla scadenza del termine di pagamento del sollecito ha luogo la rescissione dal contratto. In tal caso, l'assicuratore rinuncia al pagamento dei premi scoperti.

Se l'assicuratore torna a richiedere i premi scoperti o accetta il loro pagamento dopo la scadenza stabilita, la protezione assicurativa si riattiva non appena premi, interessi e spese generate dal sollecito risultano saldati.

I costi di sollecito e le spese amministrative generati dalla mora nel pagamento sono a carico del contraente.

8.4 Partecipazione alle eccedenze

8.4.1 Principio

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

8.4.2 Presupposto

Per un'eventuale partecipazione all'eccedenza, la persona assicurata non deve aver richiesto delle prestazioni dall'assicuratore o dall'assicuratore per almeno un anno civile. Tra queste sono compresi tutte le categorie assicurative, inclusa l'assicurazione base medico-sanitaria obbligatoria oppure un'assicurazione sull'indennità giornaliera in base alla LAMal.

8.4.3 Pagamento

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

8.5 Ribasso per assenza di prestazioni (RAP)

8.5.1 Principio

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

8.5.2 Categorie con ribasso per assenza di prestazioni

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

8.5.3 Periodo di osservazione

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

8.5.4 Gradi di ribasso

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

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

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

8.5.5 Adeguamento di grado per assenza di prestazioni

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

8.5.6 Adeguamento di grado per il percepimento di prestazioni

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

8.5.7 Prestazioni di maternità

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

8.5.8 Assicurazione superiore

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

nella COMBI ordinaria e contemporanea classificazione in categoria di prestazioni inferiore.

8.6 Altre disposizioni di pagamento

8.6.1 Compensazione

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

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

8.6.2 Pignoramento e cessione

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

8.6.3 Pagamento delle prestazioni

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

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

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

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

8.6.4 Prescrizione

Il diritto a prestazioni della 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 1° 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

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

Nell'ambito dei diritti di prestazione verso terzi non sussiste nessun obbligo di prestazione in base alle presenti CGA ÖKK UNO.

9.1.2 Prestazioni di enti pubblici

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

9.1.3 Assicurazione multipla

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

Il rimborso da versare in base alle presenti CGA ÖKK UNO si limita alla parte della somma complessiva assicurativa che corrisponde a questa copertura.

9.1.4 Rinuncia alle prestazioni

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

9.2 Assicurazioni sociali

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

9.3 Prestazioni anticipate e rivalsa

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

9.4 Sovrassicurazione

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

10. Protezione dei dati

10.1 Basi legali

L'elaborazione dei dati di persone assicurate viene regolata in base alle disposizioni della Legge federale sul contratto di assicurazione (LCA) e della Legge federale sulla protezione dei dati (LPD).

10.2 Scopo del trattamento

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

L'assicuratore tratta le informazioni ricevute con massima riservatezza.

10.3 Trasmissione di dati a terzi per il relativo trattamento

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

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

10.4 Conservazione dei dati

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

11. Comunicazioni

Cambiamenti delle condizioni personali della persona assicurata, che sono fondamentali per l'assicurazione, come ad esempio il cambio di domicilio, devono essere comunicati 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 d'assicurazione o della persona assicurata devono essere indirizzate 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 UNO e dalle disposizioni delle singole coperture assicurative, la parte attrice può adire il tribunale del domicilio svizzero o della sede dell'assicuratore (ÖKK Versicherungen AG, Landquart).

ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE e ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA

ÖKK Versicherungen AG, edizione 1.1.2019

INDICE

1.	Fondamenti assicurativi	19	6.6	Beneficio di prestazioni massimo	21
1.1	Scopo	19	6.7	Premesse per le prestazioni	21
1.2	Persone assicurate	19	7.	Medicinali non obbligatori	21
1.3	Condizioni per le prestazioni	19	8.	Bagni termali	21
1.4	Prestazioni all'estero	19	9.	Cura psicoterapeutica	21
2.	Cura medica	19	9.1	Entità delle prestazioni	21
2.1	Cura da parte di medici non soggetti a LAMal	19	9.2	Condizioni per l'ottenimento di prestazioni	21
2.2	Visita medica privata presso medici in ospedale non soggetti a LAMal	19	9.3	Rapporto con l'assicurazione base per la cura medico-sanitaria obbligatoria	21
2.3	Cura medica all'estero	19	10.	Costi di trasporti, azioni di ricerca, soccorso e salvataggio e spese di viaggio	21
2.4	Durata delle prestazioni	19	10.1	Costi di trasporti, azioni di ricerca, soccorso e salvataggio in casi d'emergenza	21
3.	Prevenzione	19	10.2	Spese di viaggio	21
3.1	Vaccinazioni	19	11.	Variante CASAMED	21
3.2	Check up	19	11.1	Aspetti generali	21
3.3	Esami ginecologici preventivi	19	11.2	Premesse generali per le prestazioni	22
3.4	Maternità	19	11.3	Medici non soggetti a LAMal	22
3.5	Corsi per un comportamento salutare	19	11.4	Eccezioni al principio del medico di famiglia	22
3.6	Altre misure preventive	19	11.5	Altre persone specializzate	22
4.	Mezzi ausiliari	20	11.6	Misure preventive, medicina alternativa, medicinali non obbligatori	22
4.1	Mezzi ausiliari visivi	20	11.7	Altri fornitori di prestazioni	22
4.2	Altri mezzi ausiliari	20	11.8	Casi d'emergenza	22
5.	Cura dentaria	20	11.9	Esclusione di prestazioni	22
5.1	Denti del giudizio	20	11.10	Attuazione delle prestazioni	22
5.2	Prestazioni per bambini e giovani	20	12.	Partecipazione ai costi	22
5.3	Prestazioni della collettività	20			
5.4	Fornitori di prestazioni e tariffe	20			
5.5	Trattamento all'estero	20			
6.	Medicina alternativa	20			
6.1	Trattamento medico	20			
6.2	Metodi di medicina empirica	20			
6.3	Terapeuti e metodi curativi alternativi	20			
6.4	Prestazioni supplementari di COMPLEMENTARE PRIVATA	20			
6.5	Rimedi naturali	20			

1. Fondamenti assicurativi

1.1 Scopo

COMPLEMENTARE GENERALE e COMPLEMENTARE PRIVATA offrono prestazioni per misure preventive, mezzi ausiliari, cure odontoiatriche, metodi alternativi di cura o trattamento e cure; coprono le spese di trasporto, azioni di ricerca, salvataggio e recupero, medicinali non obbligatori e pagano indennità di allattamento.

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

Le prestazioni vengono normalmente fornite in complemento a tutte le altre categorie assicurative delle presenti CGA ÖKK UNO.

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

1.2 Persone assicurate

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

1.3 Condizioni per le prestazioni

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

1.4 Prestazioni all'estero

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

2. Cura medica

2.1 Cura da parte di medici non soggetti a LAMal

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

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

2.2 Visita medica privata presso medici in ospedale non soggetti a LAMal

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

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

2.3 Cura medica all'estero

2.3.1 Scelta della cura

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

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

2.3.2 Trattamenti di emergenza

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

2.4 Durata delle prestazioni

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

3. Prevenzione

3.1 Vaccinazioni

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

3.2 Check up

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

COMPLEMENTARE GENERALE: 90% delle spese, max. CHF 300
COMPLEMENTARE PRIVATA: 90% delle spese, max. CHF 600

Presso l'assicuratore è possibile visionare la descrizione di un check up.

3.3 Esami ginecologici preventivi

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

3.4 Maternità

3.4.1 Preparazione al parto

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

3.4.2 Indennità di allattamento

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

3.5 Corsi per un comportamento salutare

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

COMPLEMENTARE GENERALE: 90% costi, max. CHF 300
COMPLEMENTARE PRIVATA: 90% costi, max. CHF 500

L'assicuratore designa i corsi riconosciuti per l'apprendimento di un comportamento salutare. L'elenco dei corsi riconosciuti può essere visionato in qualsiasi momento presso l'assicuratore.

3.6 Altre misure preventive

Possono essere versati ulteriori contributi per misure preventive riconosciute tali.

Le singole misure preventive riconosciute dall'assicuratore possono essere visionate presso l'assicuratore.

4. Mezzi ausiliari

4.1 Mezzi ausiliari visivi

Per le spese d'acquisto di lenti oftalmiche necessarie alla correzione visiva, alle persone assicurate di età superiore a 18 anni sono corrisposti, i seguenti contributi nell'arco di 5 anni civili:

COMPLEMENTARE GENERALE: CHF 270

COMPLEMENTARE PRIVATA: CHF 420

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

COMPLEMENTARE GENERALE: CHF 270

COMPLEMENTARE PRIVATA: CHF 420

4.2 Altri mezzi ausiliari

Per le spese di noleggio o di acquisto di mezzi ausiliari riconosciuti per i quali non vengono versate prestazioni dall'assicurazione BASE, può essere indennizzato con indicazione medica il 50% delle spese fino ad un importo massimo totale di CHF 250 per anno civile. L'assicuratore designa i mezzi ausiliari riconosciuti. L'elenco dei mezzi ausiliari riconosciuti può essere visionato presso l'assicuratore.

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

5. Cura dentaria

5.1 Denti del giudizio

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

5.2 Prestazioni per bambini e giovani

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

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

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

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

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

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

5.3 Prestazioni della collettività

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

5.4 Fornitori di prestazioni e tariffe

La determinazione delle prestazioni odontoiatriche dipende dal tariffario dei medici dentisti SSO (Società svizzera odontoiatri) attualmente in vigore. Esistono due strutture tariffali: la «tariffa LAMaI» e la revisione della «tariffa odontoiatrica AINF/AM/Al».

L'assicurazione corrisponde prestazioni alla tariffa massima delle assicurazioni sociali (valore del punto e punti) della struttura tariffale utilizzata dal fornitore di prestazioni.

5.5 Trattamento all'estero

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

6. Medicina alternativa

6.1 Trattamento medico

Se e nella misura in cui non vengono coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, con COMPLEMENTARE GENERALE e COMPLEMENTARE PRIVATA, l'assicuratore rifonde il 90% dei costi per trattamenti medici di uno dei seguenti metodi della medicina alternativa:

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

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

6.2 Metodi di medicina empirica

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

6.3 Terapeuti e metodi curativi alternativi

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

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

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

L'assicuratore designa le forme terapeutiche ed i terapeuti riconosciuti. L'elenco delle forme terapeutiche e dei terapeuti riconosciuti può essere visionato presso l'assicuratore.

Non vengono assunti costi per forme terapeutiche e per trattamenti effettuati da terapeuti ritenuti nella lista negativa (LN) dell'assicuratore.

L'assicuratore fissa, conformemente alla necessità medica, il numero delle ore per le quali vengono corrisposti i contributi.

6.4 Prestazioni supplementari di COMPLEMENTARE PRIVATA

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

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

6.5 Rimedi naturali

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

6.6 Beneficio di prestazioni massimo

Per la medicina alternativa, le prestazioni vengono limitate

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

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

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

COMPLEMENTARE GENERALE: CHF 3'000 per anno civile
COMPLEMENTARE PRIVATA: CHF 6'000 per anno civile

6.7 Premesse per le prestazioni

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

7. Medicinali non obbligatori

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

COMPLEMENTARE GENERALE: 50%, fino a massimo CHF 2'500
COMPLEMENTARE PRIVATA: 90%, fino a massimo CHF 5'000

8. Bagni termali

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

9. Cura psicoterapeutica

9.1 Entità delle prestazioni

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

9.2 Condizioni per l'ottenimento di prestazioni

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

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

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

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

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

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

10.1.1 Entità delle prestazioni

Per le spese

- effettive di trasporto d'urgenza fino al prossimo stabilimento ospedaliero mediante un mezzo di trasporto idoneo,
 - di ritorno in un ospedale confacente, nel cantone di residenza della persona assicurata per la cura stazionaria,
 - per azioni di salvataggio e recupero
- viene indennizzata una somma massima di CHF 15'000 per anno civile.

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

10.1.2 Partecipazione

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

10.1.3 Azioni di ricerca

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

10.1.4 Prestazioni di terzi

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

10.2 Spese di viaggio

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

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

11. Variante CASAMED

11.1 Aspetti generali

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

11.2 Premesse generali per le prestazioni

Le prestazioni di **COMPLEMENTARE GENERALE** e **COMPLEMENTARE PRIVATA** vengono corrisposte se avvengono secondo il principio del medico di famiglia. Le prestazioni devono essere fornite, prescritte o ordinate dal medico **CASAMED** presso il quale la persona assicurata è iscritta.

Le istituzioni telemediche possono essere riconosciute dall'assicuratore come medici di famiglia **CASAMED**.

11.3 Medici non soggetti a LAMaI

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

11.4 Eccezioni al principio del medico di famiglia

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

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

11.5 Altre persone specializzate

Al posto del medico **CASAMED** l'assicuratore può designare altri specialisti che possono fornire, prescrivere o ordinare le prestazioni che sono coperte dall'assicuratore **COMPLEMENTARE GENERALE** e **COMPLEMENTARE PRIVATA**.

11.6 Misure preventive, medicina alternativa, medicinali non obbligatori

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

11.7 Altri fornitori di prestazioni

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

11.8 Casi d'emergenza

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

11.9 Esclusione di prestazioni

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

11.10 Attuazione delle prestazioni

11.10.1 Conteggio forfettario

L'assicuratore può accordare con i medici **CASAMED** che le prestazioni di **COMPLEMENTARE GENERALE** e **COMPLEMENTARE PRIVATA** vengano fatturate in modo forfettario.

11.10.2 Prestazioni ordinate

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

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

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

L'assicuratore si fa garante del rispetto delle normative in materia di protezione dei dati.

12. Partecipazione ai costi

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

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

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

ÖKK OPTIMA

ÖKK Versicherungen AG, edizione 1.1.2019

INDICE

1.	Fondamenti assicurativi	24	8.	Medicinali e rimedi	25
1.1	Ente assicuratore	24	8.1	Medicinali non ammessi	25
1.2	Disposizioni comuni	24	8.2	Rimedi naturali	25
1.3	Scopo	24	9.	Costi di trasporto, ricerca, soccorso e salvataggio	25
1.4	Condizioni per le prestazioni	24	9.1	Costi di trasporto, azioni di soccorso e salvataggio in casi d'urgenza	25
1.5	Validità territoriale	24	9.2	Azioni di ricerca	25
1.6	Conclusione assicurativa	24	9.3	Spese di viaggio	25
2.	Trattamento ambulatoriale	24	10.	Variante CASAMED	26
2.1	Trattamento medico all'estero per casi d'urgenza	24	10.1	Altre condizioni	26
2.2	Psicoterapia eseguita da personale non medico	24	10.2	Principio del medico di famiglia	26
2.3	Bagni termali	24	10.3	Eccezioni del principio del medico di famiglia	26
2.4	Sterilizzazione	24	10.4	Ospedali	26
3.	Maternità	24	10.5	Altri specialisti	26
3.1	Preparazione al parto	24	10.6	Altri fornitori di prestazioni	26
3.2	Indennità di allattamento	24	10.7	Urgenze	26
4.	Prevenzione	24	10.8	Esclusione di prestazioni, esclusione della variante del medico di famiglia	26
4.1	Esame ginecologico preventivo	24	10.9	Disbrigo delle prestazioni	26
4.2	Check up	24			
4.3	Vaccinazione	24			
4.4	Conto della salute	24			
5.	Strumenti ausiliari	24			
5.1	Mezzi ausiliari per la vista	24			
5.2	Altri strumenti ausiliari	25			
6.	Cure odontoiatriche	25			
6.1	Visite di controllo e profilassi	25			
6.2	Denti del giudizio	25			
6.3	Trattamento ortodontico	25			
6.4	Trattamento all'estero	25			
6.5	Tariffa	25			
7.	Medicina alternativa	25			
7.1	Trattamenti di medicina alternativa	25			
7.2	Trattamento all'estero	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 UNO (DC ÖKK UNO) sono parte integrante delle disposizioni della presente copertura assicurativa. Qualora le disposizioni della presente copertura assicurativa divergano dalle DC ÖKK UNO, le disposizioni della presente copertura assicurativa hanno la precedenza sulle DC ÖKK UNO.

1.3 Scopo

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

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

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

1.4 Condizioni per le prestazioni

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

1.5 Validità territoriale

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

1.6 Conclusione assicurativa

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

2. Trattamento ambulatoriale

2.1 Trattamento medico all'estero per casi d'urgenza

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

2.2 Psicoterapia eseguita da personale non medico

2.2.1 Entità delle prestazioni

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

2.2.2 Condizioni per le prestazioni

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

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

2.3 Bagni termali

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

2.4 Sterilizzazione

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

3. Maternità

3.1 Preparazione al parto

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

3.2 Indennità di allattamento

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

4. Prevenzione

4.1 Esame ginecologico preventivo

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

4.2 Check up

L'assicurazione corrisponde il 90% dei costi, fino a CHF 300 per anno civile, per check up medici.

Presso l'assicuratore è possibile visionare la descrizione di un check up.

4.3 Vaccinazione

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

4.4 Conto della salute

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

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

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

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

Presso l'assicuratore è possibile visionare le singole misure preventive riconosciute dall'assicuratore.

5. Strumenti ausiliari

5.1 Mezzi ausiliari per la vista

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

5.2 Altri strumenti ausiliari

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

Gli strumenti ausiliari devono essere riconosciuti dall'assicuratore.

Non sono assicurati i costi generati da usura, manutenzione e riparazione di tali strumenti ausiliari.

6. Cure odontoiatriche

6.1 Visite di controllo e profilassi

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

6.2 Denti del giudizio

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

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

6.3 Trattamento ortodontico

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

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

6.4 Trattamento all'estero

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

6.5 Tariffa

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/Al».

L'assicurazione corrisponde prestazioni alla tariffa massima delle assicurazioni sociali (valore del punto e punti) della struttura tariffale utilizzata dal fornitore di prestazioni.

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

7. Medicina alternativa

7.1 Trattamenti di medicina alternativa

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

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

L'assicurazione corrisponde il 50% delle spese fino a CHF 500 per anno civile per ulteriori trattamenti di medicina alternativa eseguiti da personale qualificato. Resta riservata la verifica del medico di fiducia relativa all'indicazione medica ed alle qualifiche professionali di medici e terapeuti.

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

7.2 Trattamento all'estero

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

8. Medicinali e rimedi

8.1 Medicinali non ammessi

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

8.2 Rimedi naturali

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

9. Costi di trasporto, ricerca, soccorso e salvataggio

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

9.1.1 Entità delle prestazioni

L'assicurazione provvede ai costi di

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

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

9.1.2 Partecipazione ai costi

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

9.1.3 Prestazioni di terzi

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

9.2 Azioni di ricerca

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

9.3 Spese di viaggio

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

10. Variante CASAMED

10.1 Altre condizioni

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

10.2 Principio del medico di famiglia

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

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

10.3 Eccezioni del principio del medico di famiglia

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

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

10.4 Ospedali

L'assicurazione può designare gli ospedali ai quali accordare in maniera esclusiva l'assistenza medica della persona assicurata.

10.5 Altri specialisti

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

10.6 Altri fornitori di prestazioni

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

10.7 Urgenze

In casi d'urgenza l'assicurazione eroga prestazioni senza applicare il principio del medico di famiglia.

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

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

10.8.1 Esclusione di prestazioni

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

10.8.2 Esclusione della variante del medico di famiglia

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

10.9 Disbrigo delle prestazioni

10.9.1 Conteggio forfetario

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

10.9.2 Prestazioni disposte

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

ÖKK PREMIUM

ÖKK Versicherungen AG, edizione 1.1.2019

INDICE

1.	Fondamenti assicurativi	28	7.	Medicina alternativa	29
1.1	Ente assicuratore	28	7.1	Trattamenti di medicina alternativa	29
1.2	Disposizioni comuni	28	7.2	Trattamento all'estero	29
1.3	Scopo	28			
1.4	Condizioni per le prestazioni	28	8.	Medicinali e rimedi	29
1.5	Validità territoriale	28	8.1	Medicinali non ammessi	29
1.6	Conclusione assicurativa	28	8.2	Rimedi naturali	29
2.	Trattamento ambulatoriale	28	9.	Costi di trasporto, ricerca, soccorso e salvataggio	29
2.1	Trattamenti medici a scelta all'estero	28	9.1	Costi di trasporto, azioni di soccorso e salvataggio in casi d'urgenza	29
2.2	Trattamento medico all'estero per casi d'urgenza	28	9.2	Azioni di ricerca	29
2.3	Psicoterapia eseguita da personale non medico	28	9.3	Spese di viaggio	29
2.4	Bagni termali	28			
2.5	Sterilizzazione	28	10.	Variante CASAMED	30
2.6	Intervento laser agli occhi	28	10.1	Altre condizioni	30
3.	Maternità	28	10.2	Principio del medico di famiglia	30
3.1	Preparazione al parto	28	10.3	Eccezioni del principio del medico di famiglia	30
3.2	Indennità di allattamento	28	10.4	Ospedali	30
4.	Prevenzione	28	10.5	Altri specialisti	30
4.1	Esame ginecologico preventivo	28	10.6	Altri fornitori di prestazioni	30
4.2	Check up	28	10.7	Urgenze	30
4.3	Vaccinazione	28	10.8	Esclusione di prestazioni, esclusione della variante del medico di famiglia	30
4.4	Conto della salute	28	10.9	Disbrigo delle prestazioni	30
5.	Strumenti ausiliari	29			
5.1	Mezzi ausiliari per la vista	29			
5.2	Altri strumenti ausiliari	29			
6.	Cure odontoiatriche	29			
6.1	Visite di controllo e profilassi	29			
6.2	Denti del giudizio	29			
6.3	Trattamento ortodontico	29			
6.4	Trattamento all'estero	29			
6.5	Tariffa	29			

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 UNO (DC ÖKK UNO) sono parte integrante delle disposizioni della presente copertura assicurativa. Qualora le disposizioni della presente copertura assicurativa divergano dalle DC ÖKK UNO, le disposizioni della presente copertura assicurativa hanno la precedenza sulle DC ÖKK UNO.

1.3 Scopo

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

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

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

1.4 Condizioni per le prestazioni

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

1.5 Validità territoriale

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

1.6 Conclusione assicurativa

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

2. Trattamento ambulatoriale

2.1 Trattamenti medici a scelta all'estero

L'assicurazione corrisponde il 90% delle prestazioni in caso di trattamenti ambulatoriali di medicina tradizionale eseguiti da medici all'estero.

2.2 Trattamento medico all'estero per casi d'urgenza

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

2.3 Psicoterapia eseguita da personale non medico

2.3.1 Entità delle prestazioni

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

2.3.2 Condizioni per le prestazioni

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

L'assicurazione non corrisponde prestazioni per trattamenti di psicoterapia che abbiano quali obiettivi la realizzazione personale, lo sviluppo della

personalità o finalità educative, e nemmeno per trattamenti contemporanei presso altri psicologi o psichiatri.

2.4 Bagni termali

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

2.5 Sterilizzazione

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

2.6 Intervento laser agli occhi

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

3. Maternità

3.1 Preparazione al parto

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

3.2 Indennità di allattamento

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

4. Prevenzione

4.1 Esame ginecologico preventivo

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

4.2 Check up

L'assicurazione corrisponde il 90% dei costi, fino a CHF 500 per anno civile, per check up medici.

Presso l'assicuratore è possibile visionare la descrizione di un check up.

4.3 Vaccinazione

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

4.4 Conto della salute

L'assicurazione corrisponde il 50% delle spese fino a un massimo di CHF 300 per anno civile per misure preventive scelte tra settori specifici ovvero Famiglia, Alimentazione, Movimento e Misure preventive generiche.

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

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

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

Presso l'assicuratore è possibile visionare le singole misure preventive riconosciute dall'assicuratore.

5. Strumenti ausiliari

5.1 Mezzi ausiliari per la vista

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

5.2 Altri strumenti ausiliari

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

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

6. Cure odontoiatriche

6.1 Visite di controllo e profilassi

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

6.2 Denti del giudizio

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

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

6.3 Trattamento ortodontico

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

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

6.4 Trattamento all'estero

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

6.5 Tariffa

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».

L'assicurazione corrisponde prestazioni alla tariffa massima delle assicurazioni sociali (valore del punto e punti) della struttura tariffale utilizzata dal fornitore di prestazioni.

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

7. Medicina alternativa

7.1 Trattamenti di medicina alternativa

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

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

L'assicurazione corrisponde il 50% delle spese fino a CHF 1000 per anno civile per ulteriori trattamenti di medicina alternativa eseguiti da personale qualificato. Resta riservata la verifica del medico di fiducia relativa all'indicazione medica ed alle qualifiche professionali di medici e terapisti.

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

7.2 Trattamento all'estero

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

8. Medicinali e rimedi

8.1 Medicinali non ammessi

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

8.2 Rimedi naturali

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

9. Costi di trasporto, ricerca, soccorso e salvataggio

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

9.1.1 Entità delle prestazioni

L'assicurazione provvede ai costi di

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

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

9.1.2 Partecipazione ai costi

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

9.1.3 Prestazioni di terzi

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

9.2 Azioni di ricerca

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

9.3 Spese di viaggio

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

10. Variante CASAMED

10.1 Altre condizioni

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

10.2 Principio del medico di famiglia

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

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

10.3 Eccezioni del principio del medico di famiglia

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

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

10.4 Ospedali

L'assicurazione può designare gli ospedali ai quali accordare in maniera esclusiva l'assistenza medica della persona assicurata.

10.5 Altri specialisti

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

10.6 Altri fornitori di prestazioni

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

10.7 Urgenze

In casi d'urgenza l'assicurazione eroga prestazioni senza applicare il principio del medico di famiglia.

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

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

10.8.1 Esclusione di prestazioni

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

10.8.2 Esclusione della variante del medico di famiglia

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

10.9 Disbrigo delle prestazioni

10.9.1 Conteggio forfetario

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

10.9.2 Prestazioni disposte

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

ÖKK COMBI

ÖKK Versicherungen AG, edizione 1.1.2023

INDICE

1.	Fondamenti assicurativi	32	6.	Complemento per gli infortuni	35
1.1	Ente assicuratore	32	7.	Variante CASAMED	35
1.2	Disposizioni comuni	32	7.1	In generale	35
1.3	Scopo	32	7.2	Categorie delle prestazioni	35
1.4	Conclusione assicurativa	32	7.3	Premesse generali per le prestazioni	35
1.5	Condizioni per le prestazioni	32	7.4	Scelta dell'ospedale	35
1.6	Copertura in caso d'infortunio	32	7.5	Oculisti, ginecologi, pediatri	35
1.7	Possibilità d'assicurazione	32	7.6	Urgenze	35
2.	Cura stazionaria	32	7.7	Esclusione di prestazioni	35
2.1	Trattamento acuto	32	8.	ECOPIANO, variante con scelta d'ospedale limitata	35
2.2	Cura a lunga durata	33	8.1	In generale	35
2.3	Riabilitazione stazionaria	33	8.2	Scelta / disdetta di ECOPIANO	35
2.4	Cura psichiatrica	33	8.3	Entità delle prestazioni	35
2.5	Prestazioni all'estero	33	8.4	Cura in un altro ospedale	35
3.	Cure	33	9.	Franchigia e rimborso nella COMBI SEMIPRIVATA, PRIVATA e GLOBAL	36
3.1	Cure di ristabilimento	33	9.1	Franchigia	36
3.2	Cure termali	33	9.2	Rimborso	36
3.3	Altre cure	33	10.	Partecipazione alle spese nella COMBI FLEX	36
3.4	Comportamento in caso di cura	34	10.1	Ammontare della partecipazione ai costi	36
4.	Prestazioni speciali	34	10.2	Massima partecipazione alle spese per famiglie	36
4.1	Spitex	34			
4.2	Costi di trasporto, azioni di soccorso e salvataggio in caso d'urgenza	34			
4.3	Spese di viaggio	34			
4.4	Servizio custodia infantile	34			
4.5	Rooming-in	34			
4.6	Indennità giornaliera ospedaliera	34			
5.	Maternità	34			
5.1	Spese per la cura stazionaria	34			
5.2	Parto in clinica neonatale	35			
5.3	Aiuto domiciliare post-parto	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 UNO (DC ÖKK UNO) sono parte integrante delle disposizioni della presente copertura assicurativa. Qualora le disposizioni della presente copertura assicurativa divergano dalle DC ÖKK UNO, le disposizioni della presente copertura assicurativa hanno la precedenza sulle DC ÖKK UNO.

1.3 Scopo

L'assicurazione corrisponde prestazioni in caso di trattamenti stazionari dovuti a malattia, infortunio e maternità. Essa eroga contributi a soggiorni curativi, trattamenti a lungo termine, aiuto domestico (SPITEX) e spese di trasporto.

Le prestazioni sono corrisposte in maniera complementare alle prestazioni obbligatorie dell'assicurazione legale per le cure sanitarie secondo LAMal (BASE). Delle spese complessive viene assunta soltanto quella parte di costi non coperta dall'assicurazione BASE oppure da un'altra assicurazione per le cure sanitarie obbligatoria. Se sussistono già altre assicurazioni per l'indennità ospedaliera e/o per le cure ospedaliere presso l'assicuratore, queste precedono le prestazioni COMBI.

1.4 Conclusione assicurativa

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

1.5 Condizioni per le prestazioni

1.5.1 Aspetti generali

L'assicurazione copre i costi solo se la cura è necessaria per motivi medici e se viene eseguita in un ospedale convenzionato o rientrante nell'elenco ospedaliero. La cura deve essere eseguita da fornitori di prestazioni riconosciuti per questo scopo secondo la LAMal.

1.5.2 Cura in altri ospedali

In caso di trattamenti in altri ospedali sono assicurate prestazioni solo in caso di trattamenti acuti nella misura stabilita dai punti 2.1.4. e 2.2.

1.6 Copertura in caso d'infortunio

È possibile escludere la copertura assicurativa.

1.7 Possibilità d'assicurazione

1.7.1 Categorie delle prestazioni

L'assicurazione prevede le categorie seguenti:

COMBI COMUNE: Reparto comune in Svizzera (camera a più letti); secondo la tariffa riconosciuta dall'assicuratore

COMBI SEMIPRIVATA: Reparto semiprivato in Svizzera (camera doppia); secondo la tariffa riconosciuta dall'assicuratore

COMBI PRIVATA: Reparto privato in Svizzera (camera singola); secondo la tariffa riconosciuta dall'assicuratore

COMBI GLOBAL: Reparto privato in tutto il mondo (camera singola)

COMBI FLEX: Reparto comune, semiprivato o privato in Svizzera; secondo la tariffa riconosciuta dall'assicuratore; con rispettiva partecipazione ai costi

COMBI CONFORT: Reparto comune ospedali convenzionati Confort, camera singola o doppia.

Questa categoria è riservata solo a persone assicurate residenti in una determinata regione.

Si considerano ospedali convenzionati Confort quelli con i quali l'assicuratore ha pattuito degli accordi sulla definizione delle tariffe. L'assicuratore dispone di un elenco degli ospedali convenzionati che può essere visionato presso lo stesso assicuratore.

1.7.2 Criteri mancanti, tariffe massime

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.

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

1.7.3 Classificazione degli ospedali

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

2. Cura stazionaria

2.1 Trattamento acuto

2.1.1 Condizioni per le prestazioni

L'assicurazione corrisponde prestazioni se la persona assicurata deve essere ricoverata in ospedale ai sensi della BASE.

2.1.2 Estensione delle prestazioni

L'assicurazione copre, a integrazione delle prestazioni dell'assicurazione BASE, i costi del reparto assicurato, in base alla categoria di assicurazione scelta.

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

2.1.3 Trattamento in reparto ospedaliero di categoria superiore

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

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

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

COMBI CONFORT: i costi della camera assicurata in ospedali convenzionati Confort.

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:

COMBI COMUNE/CONFORT:	un forfait di CHF 30 al giorno.
COMBI SEMIPRIVATA/PRIVATA/FLEX:	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. copertura integrale dei costi.
COMBI GLOBAL:	

2.1.5 Cura in ospedale pubblico non riconosciuto

Se una persona assicurata con COMBI CONFORT si fa curare in un ospedale che non risulta nell'elenco degli ospedali pubblici riconosciuti Confort, vengono fornite al massimo le prestazioni corrispondenti a reparto comune oppure a tariffa di riferimento per un ospedale pubblico riconosciuto Confort nel cantone di residenza.

2.2 Cura a lunga durata

L'assicurazione corrisponde i seguenti forfait giornalieri, se

- la cura di un ammalato cronico richiede la sua degenza in un ospedale convenzionato o rientrante nell'elenco ospedaliero, oppure
- per la persona ammalata, la degenza in ospedale assume carattere di trattamento di lunga durata. Con preavviso di un mese, l'assicuratore può in questi casi ridurre le proprie prestazioni.

	da 1 a 90 giorni	da 91 a 180 giorni
COMBI SEMIPRIVATA/FLEX:	CHF 50	CHF 25
COMBI PRIVATA:	CHF 70	CHF 35
COMBI GLOBAL:	CHF 90	CHF 45

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

2.3 Riabilitazione stazionaria

Se il trattamento medico avviene in una clinica di riabilitazione riconosciuta dall'assicuratore, l'assicurazione si assume la copertura totale dei costi per i primi 60 giorni, conformemente alle condizioni per trattamenti acuti. In seguito l'assicurazione versa le prestazioni a lungo termine tenendo conto della durata del soggiorno precedente.

Le cliniche di riabilitazione riconosciute sono riportate in un elenco che può essere consultato presso l'assicuratore.

2.4 Cura psichiatrica

In caso di degenza stazionaria in clinica psichiatrica, di cura psichiatrica in ospedale acuto o in clinica specialistica, secondo le condizioni per i trattamenti acuti, l'assicurazione garantisce piena copertura dei costi per 90 giorni.

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

	da 91 fino a 180 giorni
COMBI COMUNE/CONFORT:	CHF 20
COMBI SEMIPRIVATA/FLEX:	CHF 50
COMBI PRIVATA:	CHF 70
COMBI GLOBAL:	CHF 90

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

2.5 Prestazioni all'estero

2.5.1 Casi d'emergenza

L'assicurazione si assume in complemento alle prestazioni dell'assicurazione BASE le spese per una cura stazionaria in caso d'emergenza in un ospedale acuto durante un soggiorno all'estero fino alla completa copertura delle spese nel reparto assicurato. Le prestazioni vengono fornite finché il rimpatrio non è ritenuto opportuno.

2.5.2 Trattamento a scelta all'estero

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

Per altre categorie di prestazioni vengono fornite le stesse prestazioni come per la cura in altri ospedali.

2.5.3 Comportamento in caso di degenza all'ospedale

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

3. Cure

3.1 Cure di ristabilimento

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

Per cure di convalescenza prescritte dal medico e successive a un trattamento acuto, l'assicuratore corrisponde le seguenti prestazioni per caso e durante al massimo 21 giorni:

COMBI COMUNE/CONFORT:	CHF 50 al giorno
COMBI SEMIPRIVATA/FLEX:	CHF 70 al giorno
COMBI PRIVATA:	CHF 90 al giorno
COMBI GLOBAL:	CHF 110 al giorno

3.2 Cure termali

L'assicurazione corrisponde le seguenti prestazioni durante un massimo di 21 giorni per anno civile:

COMBI COMUNE/CONFORT:	CHF 30 al giorno
COMBI SEMIPRIVATA/FLEX:	CHF 30 al giorno
COMBI PRIVATA:	CHF 50 al giorno
COMBI GLOBAL:	CHF 50 al giorno

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

Il contributo alle cure termali viene corrisposto indipendentemente dal fatto che la persona assicurata venga trattata stazionariamente nello stabilimento termale oppure risieda in un albergo, una pensione o presso privati al luogo dello stabilimento termale.

All'assicuratore è concessa la facoltà di richiedere una visita d'entrata da parte del medico dello stabilimento termale, nonché un controllo d'uscita con rapporto finale all'attenzione del medico che ha prescritto la cura.

3.3 Altre cure

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

3.4 Comportamento in caso di cura

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

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

4. Prestazioni speciali

4.1 Spitex

4.1.1 Principio

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

4.1.2 Estensione delle prestazioni

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

Le prestazioni sono concesse come segue:

COMBI COMUNE/CONFORT:	fino a CHF 40/giorno, max. CHF 400
COMBI SEMIPRIVATA/FLEX:	fino a CHF 50/giorno, max. CHF 500
COMBI PRIVATA:	fino a CHF 60/giorno, max. CHF 630
COMBI GLOBAL:	fino a CHF 60/giorno, max. CHF 800

Se la persona assicurata è responsabile dell'accudimento di almeno un bambino con età inferiore a dodici anni, le prestazioni vengono corrisposte così come segue:

COMBI COMUNE/CONFORT:	fino a CHF 40/giorno, max. CHF 600
COMBI SEMIPRIVATA/FLEX:	fino a CHF 70/giorno, max. CHF 1'000
COMBI PRIVATA:	fino a CHF 100/giorno, max. CHF 1'300
COMBI GLOBAL:	fino a CHF 110/giorno, max. CHF 1'600

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

4.1.3 Fornitori di prestazioni

Quale aiuto domestico viene riconosciuto chi – come indipendente e su fattura o per contratto per un'organizzazione SPITEX riconosciuta dall'assicuratore – svolge i lavori domestici al posto della persona assicurata.

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

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

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

Alle spese per

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

dall'assicurazione vengono erogati complessivamente i seguenti contributi:

COMBI COMUNE/CONFORT: CHF 10'000 per anno civile, se l'importo scoperto supera i CHF 100 per caso.

COMBI SEMIPRIVATA/FLEX: CHF 20'000 per anno civile.

COMBI PRIVATA: CHF 30'000 per anno civile.

COMBI GLOBAL: illimitati.

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

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

4.3 Spese di viaggio

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

4.4 Servizio custodia infantile

4.4.1 Principio

L'assicurazione dell'infante assicurato copre i costi di il servizio di assistenza e cure effettuato da una sezione della Croce Rossa Svizzera (CRS) per bambini con età inferiore a dodici anni.

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

4.4.2 Presupposto per l'elargizione di prestazioni

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

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

4.4.3 Estensione delle prestazioni

L'assicurazione rimborsa CHF 30 all'ora, fino a CHF 600 per anno civile.

4.5 Rooming-in

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

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

4.6 Indennità giornaliera ospedaliera

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

5. Maternità

5.1 Spese per la cura stazionaria

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

Se il neonato non è assicurato presso l'assicuratore, l'assicurazione della

madre ne assume i costi non coperti in complemento all'assicurazione del neonato conclusa altrove.

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

5.2 Parto in clinica neonatale

In caso di parto in una clinica neonatale – riconosciuta dall'assicuratore ma non ritenuta nell'elenco ospedaliero cantonale – vengono corrisposte le seguenti prestazioni:

COMBI COMUNE/CONFORT: fino a CHF 1'000 per parto

COMBI SEMIPRIVATA/FLEX: fino a CHF 2'000 per parto

COMBI PRIVATA/GLOBAL: piena copertura dei costi

Per gli assicurati COMBI FLEX decade l'ulteriore partecipazione ai costi conformemente alle condizioni COMBI FLEX.

5.3 Aiuto domiciliare post-parto

5.3.1 Principio

L'assicurazione corrisponde dei contributi alle spese per aiuti domiciliari prescritti da un medico e dispensati da personale riconosciuto dall'assicuratore.

Tali contributi sono corrisposti in sostituzione delle prestazioni ordinarie SPITEX.

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

5.3.2 Parto in ospedale

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

COMBI COMUNE/CONFORT: fino a CHF 60/giorno, max. CHF 600

COMBI SEMIPRIVATA/FLEX: fino a CHF 100/giorno, max. CHF 1'000

COMBI PRIVATA: fino a CHF 100/giorno, max. CHF 1'300

COMBI GLOBAL: fino a CHF 110/giorno, max. CHF 1'600

5.3.3 Parto in casa

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

COMBI COMUNE/CONFORT: fino a CHF 60/giorno, max. CHF 840

COMBI SEMIPRIVATA/FLEX: fino a CHF 105/giorno, max. CHF 1'500

COMBI PRIVATA: fino a CHF 135/giorno, max. CHF 1'900

COMBI GLOBAL: fino a CHF 165/giorno, max. CHF 2'310

6. Complemento per gli infortuni

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

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

7. Variante CASAMED

7.1 In generale

Per le persone assicurate che hanno stipulato BASE con variante CASAMED, nell'assicurazione si applicano le condizioni supplementari seguenti.

7.2 Categorie delle prestazioni

Sono disponibili tutte le categorie di prestazioni dell'assicurazione.

7.3 Premesse generali per le prestazioni

Le prestazioni vengono corrisposte se sono avvenute secondo il principio del medico di famiglia. Le prestazioni devono essere prescritte o ordinate dal medico di famiglia CASAMED a cui fa capo la persona assicurata.

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

7.4 Scelta dell'ospedale

L'assicuratore può selezionare ospedali in funzione di una cura più conveniente. Gli assicurati CASAMED possono pertanto rivolgersi solo a tali strutture per essere curati.

7.5 Oculisti, ginecologi, pediatri

Per assicurati CASAMED che si sottopongono a visite di routine da oculisti, ginecologi e pediatri vengono assunte le spese per le operazioni ambulatoriali o stazionarie prescritte da personale medico dopo aver consultato il medico CASAMED.

7.6 Urgenze

Le urgenze sono coperte indipendentemente dal fornitore di prestazioni scelto. Su riserva di verifica del medico di fiducia in merito all'indicazione medica.

7.7 Esclusione di prestazioni

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

8. ECOPIANO, variante con scelta d'ospedale limitata

8.1 In generale

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

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

8.2 Scelta / disdetta di ECOPIANO

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

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

8.3 Entità delle prestazioni

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

L'assicuratore designa gli ospedali riconosciuti per questa variante di copertura. L'elenco con gli ospedali ECOPIANO può essere visionato presso l'assicuratore.

8.4 Cura in un altro ospedale

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

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

9. Franchigia e rimborso nella COMBI SEMIPRIVATA, PRIVATA e GLOBAL

9.1 Franchigia

9.1.1 Aspetti generali

Beneficiando di una corrispondente riduzione di premio, è concessa alle persone adulte assicurate la possibilità di optare per una franchigia in caso di trattamenti ospedalieri.

La franchigia opzionale viene riscalata con un importo annuo fisso.

La franchigia decade se la persona assicurata si reca nel reparto comune (camera a più letti) di un ospedale dell'elenco ospedaliero o convenzionato.

La mezza franchigia decade se la persona assicurata con COMBI PRIVATA o GLOBAL si reca nel reparto semiprivato (camera a due letti) di un ospedale dell'elenco ospedaliero o convenzionato.

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

9.1.2 Cambio / disdetta della franchigia

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

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

9.1.3 Ammontare della franchigia

Sono previste le seguenti franchigie a scelta:

CHF 2'000 per anno civile

CHF 5'000 per anno civile

La franchigia può essere adattata allo sviluppo delle spese.

La partecipazione alle spese legale della BASE viene riscossa ulteriormente.

9.2 Rimborso

COMBI SEMIPRIVATA, PRIVATA e GLOBAL prevede un rimborso per le persone assicurate che abbiano compiuto il 16° anno di età se questi scelgono in ospedali acuti svizzeri un reparto più conveniente di quello che hanno assicurato.

COMBI SEMIPRIVATA: reparto comune fino a CHF 300 al giorno
reparto comune soluzione Confort camera singola e doppia fino a CHF 200 al giorno

COMBI PRIVATA/GLOBAL: reparto comune fino a CHF 400 al giorno
reparto comune soluzione Confort, camera singola e doppia fino a CHF 300 al giorno
reparto semiprivato fino a CHF 200 al giorno

Gli importi possono essere adeguati all'andamento delle spese ospedaliere. In caso di riduzione degli importi si applica il diritto di recesso conformemente all'art. 8.2. delle DC ÖKK UNO.

Il rimborso viene versato se non è stata concordata una franchigia.

10. Partecipazione alle spese nella COMBI FLEX

10.1 Ammontare della partecipazione ai costi

La persona assicurata sceglie il reparto al momento del ricovero. La scelta determina la partecipazione ai costi.

Vengono riscalate le partecipazioni seguenti:

Reparto:	Partecipazione ai costi per anno civile:
Reparto comune	nessuna
Reparto comune, soluzione Confort camera doppia	10% fino a max. CHF 200
Reparto comune, soluzione Confort camera singola	10% fino a max. CHF 200
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 decade quando vengono versate retribuzioni forfetarie conformemente alle presenti Condizioni di assicurazione. Fanno eccezione le prestazioni assicurate all'estero. Su queste ultime viene riscossa una corrispondente partecipazione ai costi.

Essa può essere adeguata allo sviluppo dei costi.

La partecipazione ai costi obbligatoria per legge della BASE viene riscossa in aggiunta.

10.2 Massima partecipazione alle spese per famiglie

Se due o più persone che vivono nella stessa economia domestica sono assicurate con COMBI FLEX può essere richiesto il rimborso delle partecipazioni ai costi che superano l'importo di CHF 4'500 per anno civile.

ÖKK INFORTUNI PRIVATA

ÖKK Versicherungen AG, edizione 1.1.2019

INDICE

1.	Fondamenti assicurativi	38
1.1	Ente assicuratore	38
1.2	Disposizioni comuni	38
1.3	Scopo	38
1.4	Condizioni per le prestazioni	38
1.5	Campo di applicazione territoriale	38
1.6	Stipula dell'assicurazione	38
2.	Cura stazionaria	38
2.1	Trattamento ospedaliero	38
2.2	Trattamenti a lunga durata	38
2.3	Ricovero per cure di riabilitazione	38
2.4	Prestazioni all'estero	38
2.5	Cure	38
2.6	Rooming-in	39
3.	Prestazioni speciali	39
3.1	Aiuti domestici	39
3.2	Spese di trasporto, azioni di soccorso e salvataggio in caso di emergenza	39
3.3	Servizio di custodia infantile	39
3.4	Cure mediche per postumi d'infortunio	39
3.5	Mezzi ausiliari per gli infortuni	39
4.	Variante CASAMED	40
4.1	Condizioni supplementari	40
4.2	Sistema del medico di famiglia	40
4.3	Eccezioni al sistema del medico di famiglia	40
4.4	Strutture ospedaliere	40
4.5	Emergenze	40
4.6	Esclusione di prestazioni	40

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 UNO (DC ÖKK UNO) sono parte integrante delle disposizioni della presente copertura assicurativa. Qualora le disposizioni della presente copertura assicurativa divergano dalle DC ÖKK UNO, le disposizioni della presente copertura assicurativa hanno la precedenza sulle DC ÖKK UNO.

1.3 Scopo

L'assicurazione copre i costi di prestazioni corrisposte in caso d'infortunio. Si assume i costi di cure ospedaliere, trattamenti che durano a lungo, aiuti domestici extraospedalieri e le spese di trasporto.

L'assicurazione rimborsa le prestazioni corrisposte in maniera complementare alle prestazioni obbligatorie dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal. Delle spese complessive viene assunta al massimo la quota dei costi non coperti da un'assicurazione sociale. Se presso l'assicuratore sono attive altre assicurazioni che prevedono prestazioni in caso di trattamenti ambulatoriali o stazionari, il rimborso viene erogato prima da queste e solo successivamente dall'assicurazione.

1.4 Condizioni per le prestazioni

L'assicurazione corrisponde prestazioni se la cura è necessaria per ragioni mediche e se questa viene eseguita da persone riconosciute dall'assicuratore proprio per l'esecuzione di tale cura.

L'assicurazione corrisponde prestazioni per trattamenti stazionari se questi avvengono in un ospedale convenzionato o riportato nell'elenco ospedaliero. Il trattamento deve essere svolto da fornitori di prestazioni riconosciuti per tale trattamento conformemente alla LAMal.

Non vengono corrisposte, in nessun caso, prestazioni per cure psichiatriche.

Se il trattamento avviene in un ospedale senza tariffa riconosciuta, l'assicurazione 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 casi di emergenza, è prevista la completa copertura dei costi.

Un infortunio e le sue conseguenze sono assicurati se l'infortunio si verifica nel periodo in cui la copertura assicurativa risulta attiva a tutti gli effetti.

1.5 Campo di applicazione territoriale

L'assicurazione copre le prestazioni in Svizzera; in caso di emergenza, in tutto il mondo.

1.6 Stipula dell'assicurazione

L'assicurazione può essere conclusa fino al compimento del 60esimo anno di età.

Può essere conclusa o attivata unicamente in combinazione con una delle coperture assicurative dell'assicuratore seguenti:

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

2. Cura stazionaria

2.1 Trattamento ospedaliero

In caso di ricovero, l'assicurazione copre i costi del reparto privato, ma non rimborsa la partecipazione ai costi dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie secondo LAMal.

2.2 Trattamenti a lunga durata

L'assicurazione corrisponde forfait giornalieri pari a CHF 70 dal 1° al 90° giorno e a CHF 35 dal 91° al 180° giorno una sola volta nell'arco di tre anni civili se

- l'assistenza di un malato cronico richiede il soggiorno in un ospedale idoneo dell'elenco ospedaliero o convenzionato, oppure
- la degenza assume carattere di trattamento a lunga durata di un malato cronico. In questo caso, l'assicuratore può, con preavviso di un mese, ridurre le proprie prestazioni. I giorni trascorsi in ospedale saranno dunque conteggiati dal primo giorno con la durata delle prestazioni.

Se il trattamento avviene in un reparto ospedaliero di grado inferiore rispetto a quello privato, l'assicurazione corrisponde un forfait giornaliero pari a CHF 50 dal 1° al 90° giorno e a CHF 25 dal 91° al 180° giorno.

2.3 Ricovero per cure di riabilitazione

Se il trattamento medico avviene in una clinica di riabilitazione riconosciuta dall'assicuratore, l'assicurazione versa prestazioni nei primi 60 giorni conformemente alle condizioni per trattamenti in ospedale di cui alla cifra 2.1.

Tenendo conto della durata della degenza precedente, l'assicurazione copre le prestazioni dal 61° giorno, ai sensi delle condizioni in caso di trattamenti a lunga durata illustrate alla cifra 2.2.

2.4 Prestazioni all'estero

2.4.1 Casi di emergenza

In casi di emergenza che si verificano all'estero, l'assicurazione rimborsa trattamenti ospedalieri eseguiti in ospedali acuti del luogo, con completa copertura delle spese nel reparto privato fino a quando non sarà possibile, dal punto di vista medico, un rimpatrio.

2.4.2 Garanzia di copertura dei costi

All'assicuratore, in caso ricovero, va inoltrata immediatamente – o al più tardi entro dieci giorni dal giorno del ricovero – una richiesta di garanzia della copertura dei costi.

2.5 Cure

2.5.1 Cure di recupero

L'assicurazione corrisponde per le cure di recupero successive ad una degenza ospedaliera CHF 90 al giorno, fino a un massimo di 21 giorni per caso.

Vi è libera scelta tra gli istituti di cura gestiti da medici e riconosciuti dall'assicuratore. Gli istituti di cura gestiti da medici riconosciuti sono riportati in un elenco che può essere consultato presso l'assicuratore.

2.5.2 Cure termali

L'assicurazione corrisponde CHF 50 al giorno, fino al 21esimo giorno, per anno civile.

Vi è libera scelta tra gli istituti di cura gestiti da medici e riconosciuti dall'assicuratore. Gli istituti di cura gestiti da medici riconosciuti sono riportati in un elenco che può essere consultato presso l'assicuratore.

Il contributo alle cure termali viene corrisposto indipendentemente dal fatto che la persona assicurata venga trattata stazionario in uno stabilimento termale oppure risieda presso privati nel luogo dello stabilimento termale.

All'assicuratore è concessa la facoltà di richiedere una visita d'entrata da parte del medico dello stabilimento termale, nonché un controllo d'uscita con rapporto finale all'attenzione del medico che ha prescritto la cura.

2.5.3 Altre cure

L'assicurazione può, su incarico del medico di fiducia, in caso di speciale indicazione medica per altre cure prescritte dal medico, contribuire con un indennizzo. L'ammontare di questo può corrispondere al massimo al contributo destinato alla cura termale.

2.5.4 Come comportarsi durante un soggiorno curativo

La prescrizione medica per cure termali, corredata di diagnosi, va inoltrata all'assicuratore due settimane prima dell'inizio della cura.

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

2.6 Rooming-in

In caso di ricovero di un bambino con età inferiore a dodici anni, l'assicurazione corrisponde, se uno dei genitori pernotta nella camera del bambino, fino a CHF 50 al giorno, erogandoli dalla copertura del bambino.

In caso di ricovero di un genitore, l'assicurazione corrisponde, se il figlio con età inferiore a dodici anni pernotta nella camera del genitore, fino a CHF 50 al giorno, erogandoli dalla copertura del genitore.

3. Prestazioni speciali

3.1 Aiuti domestici

3.1.1 Aspetti di carattere generale

Se una degenza può essere evitata o accorciata, l'assicurazione si assume le spese su prescrizione medica per contributi a servizi domestici extraospedalieri, se le condizioni familiari o domestiche lo permettano.

3.1.2 Entità delle prestazioni

Alle spese per l'assistenza domestica riconosciuta, l'assicurazione corrisponde fino a CHF 60 al giorno, al massimo CHF 630 per anno civile. Le prestazioni vengono corrisposte anche in assenza di convenzione tra fornitori di prestazioni e assicuratore.

Se la persona assicurata è responsabile dell'accudimento di un bambino con età inferiore a dodici anni, l'assicurazione corrisponde fino a CHF 100 al giorno, al massimo CHF 1'300 per anno civile.

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

3.1.3 Fornitori di prestazioni

Come aiuto domestico viene riconosciuto chi come indipendente e su fattura o per contratto un'organizzazione SPITEX riconosciuta dall'assicuratore svolge i lavori domestici al posto della persona assicurata.

Viene riconosciuto quale aiuto domestico anche quello prestato da famigliari della persona assicurata, qualora essi subiscano una eventuale perdita di guadagno oppure sostengano spese di viaggio.

Invece delle prestazioni per l'aiuto domestico possono essere versati gli stessi contributi per le prestazioni di cura da parte di imprese commerciali di aiuti domestici extraospedalieri SPITEX, se queste non dovessero essere indennizzate dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo LAMal.

3.2 Spese di trasporto, azioni di soccorso e salvataggio in caso di emergenza

L'assicurazione copre i costi di

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

per un totale di CHF 30'000 per anno civile.

Le spese generate da trasporti aerei vengono coperte se questi si rivelano medicalmente o tecnicamente inevitabili.

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

3.3 Servizio di custodia infantile

3.3.1 Aspetti di carattere generale

L'assicurazione del bambino assicurato versa un contributo per il servizio di assistenza e cure effettuato da una sezione della Croce Rossa Svizzera (CRS) per bambini con età inferiore a dodici anni. La base per l'attuazione è fornita da una regolamentazione contrattuale tra l'assicuratore e la CRS.

3.3.2 Presupposti per la corresponsione delle prestazioni

Le prestazioni vengono corrisposte dal momento in cui, sulla base degli accertamenti della CRS, il bambino necessita di assistenza e cure a causa di un infortunio. L'apporto di prestazioni è limitato esclusivamente all'assistenza e alle cure corrisposte dal personale della CRS competente, in tal senso formato ed autorizzato.

Hanno diritto a tali prestazioni, estese alla durata necessaria, quei bambini la cui educazione è affidata a persone che esercitano un'attività lavorativa.

3.3.3 Entità delle prestazioni

L'assicurazione corrisponde per il servizio di assistenza e cure un importo massimo di CHF 30 all'ora fino a un massimo di CHF 600 per anno civile.

3.4 Cure mediche per postumi d'infortunio

3.4.1 Trattamenti eseguiti da medici non soggetti a LAMal

Per trattamenti da parte di medici non soggetti a LAMal, l'assicurazione corrisponde prestazioni in base alle tariffe LAMal.

3.4.2 Consulti privati presso medici specialisti non soggetti a LAMal

Per consulti privati ambulatoriali presso specialisti primari in cliniche universitarie non soggetti a LAMal, le prestazioni vengono corrisposte secondo il tariffario ufficiale.

3.4.3 Trattamento medico di emergenza eseguito all'estero

Se la persona assicurata non dispone di ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA, ÖKK OPTIMA, ÖKK PREMIUM o di una copertura equivalente in caso di trattamento medico di emergenza all'estero, l'assicurazione garantisce piena copertura delle spese in maniera complementare alle prestazioni dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie secondo LAMal.

3.5 Mezzi ausiliari per gli infortuni

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

Allo stesso modo vengono assunte le spese per i mezzi ausiliari che sostituiscono una parte oppure una funzione del corpo, se danneggiati a seguito di un infortunio che ha reso necessari trattamenti ospedalieri.

4. Variante CASAMED

4.1 Condizioni supplementari

Per gli assicurati che nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal hanno circoscritto il loro diritto di scelta a determinati fornitori di prestazioni, si fa riferimento alle condizioni supplementari seguenti.

4.2 Sistema del medico di famiglia

L'assicurazione copre le prestazioni in base al sistema del medico di fiducia. Le prestazioni devono essere fornite, prescritte o disposte dal medico di famiglia che la persona assicurata ha scelto. L'assicurazione può riconoscere i centri di telemedicina come medico di famiglia.

4.3 Eccezioni al sistema del medico di famiglia

L'assicurazione copre le prestazioni per visite di routine presso oculisti, ginecologi e pediatri – senza prescrizione precedente del medico di famiglia. Se è necessario proseguire con i trattamenti, è necessario consultare il medico di famiglia.

4.4 Strutture ospedaliere

L'assicurazione può selezionare gli ospedali a cui la persona assicurata deve rivolgersi per essere curata.

4.5 Emergenze

Le emergenze sono coperte indipendentemente dal fornitore di prestazioni scelto.

Su riserva di accertamenti da parte del medico di fiducia in merito all'indicazione medica.

4.6 Esclusione di prestazioni

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

ÖKK FAMILY

ÖKK Versicherungen AG, edizione 1.1.2019

INDICE

1.	Fondamenti assicurativi	42	6.	Strumenti ausiliari	44
1.1	Ente assicuratore	42	6.1	Mezzi ausiliari per la vista	44
1.2	Disposizioni comuni	42	6.2	Altri strumenti ausiliari	44
1.3	Scopo	42	7.	Cure odontoiatriche	44
1.4	Condizioni per le prestazioni	42	7.1	Denti del giudizio	44
1.5	Campo di applicazione territoriale	42	7.2	Prestazione complementare per bambini e giovani	44
1.6	Stipula assicurativa	42	7.3	Prestazione della collettività	44
2.	Trattamento ambulatoriale	42	7.4	Fornitori di prestazioni e tariffe	44
2.1	Cure mediche urgenti all'estero	42	7.5	Trattamento all'estero	44
2.2	Psicoterapia eseguita da personale non medico	42	8.	Medicina alternativa	44
2.3	Bagni termali	42	9.	Medicinali e rimedi	45
2.4	Sterilizzazione	42	9.1	Medicinali non ammessi	45
3.	Cura stazionaria	42	9.2	Rimedi naturali	45
3.1	Trattamento ospedaliero	42	10.	Costi di trasporto, ricerca, recupero e salvataggio	45
3.2	Riabilitazione stazionaria	42	10.1	Costi di trasporto, azioni di soccorso e salvataggio in casi d'urgenza	45
3.3	Cura psichiatrica	42	10.2	Azioni di ricerca	45
3.4	Emergenza all'estero	42	10.3	Spese di viaggio	45
3.5	Cure	43	11.	Variante CASAMED	45
3.6	Assistenza domiciliare	43	11.1	In generale	45
3.7	Servizio custodia infantile	43	11.2	Principio del medico di famiglia	45
3.8	Rooming-in	43	11.3	Eccezioni del principio del medico di famiglia	45
4.	Maternità	43	11.4	Ospedali	45
4.1	Spese per la cura stazionaria	43	11.5	Altri specialisti	45
4.2	Camera a due letti o camera famiglia	43	11.6	Misure preventive, medicina alternativa, medicinali non ammessi, rimedi naturali	45
4.3	Parto in clinica neonatale	43	11.7	Altri fornitori di prestazioni	45
4.4	Aiuto domiciliare post-parto	43	11.8	Emergenza	45
4.5	Preparazione al parto	44	11.9	Esclusione di prestazioni, esclusione variante CASAMED	45
4.6	Indennità allattamento	44	11.10	Disbrigo prestazioni	46
5.	Prevenzione	44			
5.1	Check up	44			
5.2	Esame ginecologico preventivo	44			
5.3	Conto della salute	44			
5.4	Vaccinazione	44			

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 UNO (DC ÖKK UNO) sono parte integrante delle disposizioni della presente copertura assicurativa. Qualora le disposizioni della presente copertura assicurativa divergano dalle DC ÖKK UNO, le disposizioni della presente copertura assicurativa hanno la precedenza sulle DC ÖKK UNO.

1.3 Scopo

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

L'assicurazione corrisponde prestazioni per misure preventive, strumenti ausiliari, cure odontoiatriche, metodi terapeutici o di trattamento alternativi, spese di trasporto, ricerca, salvataggio e azioni di recupero, medicinali non ammessi, rimedi naturali, cure, assistenza a domicilio esterna alla struttura ospedaliera e paga un'indennità allattamento.

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

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

1.4 Condizioni per le prestazioni

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

L'assicurazione corrisponde prestazioni per trattamenti stazionari se questi avvengono in un ospedale convenzionato o riportato nell'elenco ospedaliero. Il trattamento deve essere svolto da fornitori di prestazioni riconosciuti per tale trattamento conformemente alla LAMal.

1.5 Campo di applicazione territoriale

L'assicurazione copre le prestazioni in Svizzera se non stabilito diversamente.

1.6 Stipula assicurativa

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

2. Trattamento ambulatoriale

2.1 Cure mediche urgenti all'estero

L'assicurazione copre le spese di cure mediche urgenti all'estero in caso di soggiorno transitorio all'estero.

2.2 Psicoterapia eseguita da personale non medico

2.2.1 Entità delle prestazioni

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

2.2.2 Condizioni per le prestazioni

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

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

2.3 Bagni termali

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

2.4 Sterilizzazione

L'assicurazione copre il 50% fino a CHF 1'000 delle spese per sterilizzazione e vasectomia praticate su adulti.

3. Cura stazionaria

3.1 Trattamento ospedaliero

3.1.1 Condizioni per le prestazioni

L'assicurazione fornisce prestazioni se la persona assicurata risulta avere necessità di degenza ospedaliera ai sensi della BASE.

3.1.2 Entità delle prestazioni

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

3.1.3 Trattamento in reparto ospedaliero di categoria superiore

Se il trattamento avviene in un reparto superiore rispetto a quello generale, sono coperte al massimo le spese che risulterebbero generate in un reparto generale. Se tali spese non vengono individuate, l'assicurazione corrisponde un forfetario pari a CHF 30 al giorno.

3.1.4 Trattamento in altri ospedali

Se il trattamento avviene in un ospedale che non figura nell'elenco degli ospedali o che non è convenzionato, l'assicurazione corrisponde fino a CHF 30 al giorno.

3.2 Riabilitazione stazionaria

Se il trattamento medico avviene in una clinica di riabilitazione riconosciuta dall'assicuratore, l'assicurazione corrisponde fino a 60 giorni per anno civile nel reparto comune.

3.3 Cura psichiatrica

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

3.4 Emergenza all'estero

L'assicurazione copre le spese per cure stazionarie all'estero in casi di emergenza prestate in ospedale acuto, nel reparto comune, nel corso di un soggiorno transitorio all'estero, a condizione che un rimpatrio non sia possibile da un punto di vista medico.

All'assicuratore deve essere subito inoltrato, al più tardi entro i dieci giorni successivi all'ingresso in ospedale, una richiesta di garanzia di assunzione dei costi.

3.5 Cure

3.5.1 Cure di ristabilimento

Per le cure di ristabilimento prescritte a seguito di una degenza ospedaliera l'assicurazione corrisponde CHF 50 al giorno fino a un massimo di 21 giorni per anno civile.

È concessa la libera scelta tra i sanatori a conduzione medica riconosciuti dall'assicuratore.

3.5.2 Balneoterapia

L'assicurazione corrisponde CHF 30 al giorno, fino a un massimo di 21 giorni per anno civile.

È concessa la libera scelta tra gli stabilimenti termali a conduzione medica riconosciuti dall'assicuratore.

All'assicuratore è concessa la facoltà di richiedere una visita d'entrata da parte di un medico dello stabilimento termale, nonché un controllo d'uscita con rapporto finale all'attenzione del medico che ha prescritto la cura.

3.5.3 Altre cure

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

3.5.4 Comportamento in caso di cura

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

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

3.6 Assistenza domiciliare

3.6.1 Aspetti generali

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

3.6.2 Estensione delle prestazioni

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

Se la persona assicurata è responsabile dell'accudimento di almeno un bambino con età inferiore a dodici anni, l'assicurazione corrisponde fino a CHF 100 al giorno, al massimo fino a CHF 2'000 per anno civile.

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

3.6.3 Fornitori di prestazioni

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

Aiuti forniti da famigliari della persona assicurata vengono riconosciuti se questi causano al parente perdite di guadagno.

3.7 Servizio custodia infantile

3.7.1 In generale

L'assicurazione corrisponde contributi a servizi di assistenza e cure per bambini con età inferiore a dodici anni.

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

3.7.2 Condizioni per le prestazioni

Le prestazioni vengono corrisposte dal momento che l'infante necessita di assistenza e cure a causa di una malattia acuta o di un infortunio. L'apporto di prestazioni è limitato all'assistenza e alle cure corrisposte dal personale dell'organizzazione riconosciuta dall'assicuratore.

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

3.7.3 Estensione delle prestazioni

L'assicurazione corrisponde per il servizio assistenza e cure fino a CHF 30 a ora, per un massimo di CHF 600 per anno civile.

3.8 Rooming-in

Se un bambino fino a dodici anni è costretto a una degenza in ospedale, l'assicurazione del bambino corrisponde fino a CHF 100 al giorno per il soggiorno di un genitore nella camera del figlio.

Se un genitore è costretto a una degenza in ospedale, l'assicurazione del genitore corrisponde fino a CHF 100 al giorno per il soggiorno di un figlio fino a 12 anni nella camera del genitore.

4. Maternità

4.1 Spese per la cura stazionaria

L'assicurazione si assume i costi non coperti dalla BASE per parto in ospedale, nel reparto generale.

Se il neonato non è assicurato presso l'assicuratore, la copertura assicurativa L'assicurazione della madre si assume i costi ospedalieri non coperti del bambino nel reparto generale.

4.2 Camera a due letti o camera famiglia

In caso di parto in un ospedale dell'elenco ospedaliero o convenzionato, l'assicurazione corrisponde fino a CHF 200 al giorno dei costi supplementari di una camera doppia o familiare.

Le prestazioni mediche e i costi relativi ai trattamenti sono assicurati conformemente alla tariffa del reparto generale.

4.3 Parto in clinica neonatale

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

4.4 Aiuto domiciliare post-parto

4.4.1 Aspetti generali

L'assicurazione corrisponde dei contributi alle spese per aiuti domiciliari prescritti da un medico e dispensati da personale riconosciuto dall'assicuratore.

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

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

4.4.2 Entità prestazioni in caso di parto in ospedale

L'assicurazione corrisponde a seguito di un parto in ospedale fino a CHF 100 al giorno, al massimo CHF 700 per anno civile.

4.4.3 Entità prestazioni in caso di parto casalingo o parto ambulatoriale
L'assicurazione corrisponde a seguito di parto casalingo o parto ambulatoriale fino a CHF 100 al giorno, al massimo CHF 1'200 per anno civile.

4.5 Preparazione al parto

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

4.6 Indennità allattamento

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

5. Prevenzione

5.1 Check up

L'assicurazione corrisponde il 90% dei costi, fino a CHF 300 per anno civile, per check up medici.

Presso l'assicuratore è possibile visionare la descrizione di un check up.

5.2 Esame ginecologico preventivo

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

5.3 Conto della salute

5.3.1 Estensione delle prestazioni

L'assicurazione si assume i costi di misure preventive scelte tra i settori indicati dall'assicuratore, ovvero Famiglia, Alimentazione, Movimento, e Misure preventive generiche, per il 50% per ogni settore fino a CHF 200 per anno civile.

L'entità del contributo corrisposto dall'assicurazione a singole misure preventive riconosciute può essere limitato.

Nel caso, nel corso di un anno, si ricorra a più misure preventive da diversi ambiti, l'assicurazione corrisponde al massimo a CHF 500 per anno.

5.3.2 Condizioni per le prestazioni

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

Presso l'assicuratore è possibile visionare le singole misure preventive riconosciute dall'assicuratore.

5.4 Vaccinazione

L'assicurazione copre il 90% dei costi fino a CHF 200 per anno civile per vaccinazione medicalmente riconosciute.

6. Strumenti ausiliari

6.1 Mezzi ausiliari per la vista

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

6.2 Altri strumenti ausiliari

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

che sono economici e che corrispondono allo stato della ricerca medica. L'assicuratore stabilisce quali sono i mezzi ausiliari riconosciuti.

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

7. Cure odontoiatriche

7.1 Denti del giudizio

L'assicurazione copre il 90% dei costi per l'estrazione dei denti del giudizio.

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

7.2 Prestazione complementare per bambini e giovani

Per bambini e giovani fino a 25 anni di età, inoltre, l'assicurazione si assume:

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

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

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

7.3 Prestazione della collettività

L'assicurazione indennizza le prestazioni in complemento ad eventuali prestazioni dei cantoni e comuni.

7.4 Fornitori di prestazioni e tariffe

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/Al».

L'assicurazione corrisponde prestazioni alla tariffa massima delle assicurazioni sociali (valore del punto e punti) della struttura tariffale utilizzata dal fornitore di prestazioni.

7.5 Trattamento all'estero

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

8. Medicina alternativa

L'assicurazione corrisponde prestazioni per trattamenti di medicina alternativa.

L'assicurazione si assume il 70% dei costi, fino a un massimo di CHF 10'000 per anno civile, a condizione che metodi terapeutici (come ad esempio alcuni trattamenti di medicina tradizionale cinese, pratiche di medicina naturale) e terapisti o medici siano riconosciuti dall'assicuratore.

L'assicuratore designa i metodi terapeutici, i terapisti e i medici riconosciuti e aggiorna l'elenco dei metodi terapeutici riconosciuti.

L'assicurazione si assume il 50% dei costi, fino a un massimo di CHF 1'000 per anno civile, per ulteriori trattamenti di medicina alternativa eseguiti da personale qualificato.

L'assicurazione non corrisponde prestazioni per metodi terapeutici e per trattamenti effettuati da terapeuti riportati nella lista negativa (LN) dell'assicuratore.

I trattamenti di medicina alternativa effettuati in una nazione confinante con la Svizzera, sono, in virtù delle presenti disposizioni, coperti al massimo fino alla tariffa usuale, valevole nel luogo di trattamento. Resta riservata la verifica medico fiduciaria relativa all'indicazione medica ed alle qualifiche professionali di medici e terapeuti.

Non vengono corrisposte prestazioni per trattamenti paralleli da cui non si attende alcun beneficio.

9. Medicinali e rimedi

9.1 Medicinali non ammessi

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

9.2 Rimedi naturali

L'assicurazione corrisponde il 90% dei costi per rimedi fitoterapici, omeopatici, antroposofici e oligosoluzioni, nella misura in cui questi non siano coperti dalla BASE e non siano riportati nella lista negativa (LN) dell'assicuratore.

10. Costi di trasporto, ricerca, recupero e salvataggio

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

10.1.1 Entità delle prestazioni

L'assicurazione provvede ai costi

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

I trasporti con veicoli aerei vengono assunti se assolutamente indispensabile per ragioni mediche e tecniche.

10.1.2 Partecipazione ai costi

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

10.1.3 Prestazioni di terzi

Nessuna copertura assicurativa per trasporti coperti già da un'affiliazione (in qualità di sostenitore) ad una guardia aerea di soccorso o ad un'organizzazione analoga.

10.2 Azioni di ricerca

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

10.3 Spese di viaggio

In caso di trattamento medico ciclico l'assicurazione rimborsa il 90% dei costi, fino a CHF 100 per anno civile, generati dall'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblici per tragitti superiori a 30 chilometri dal luogo di residenza.

L'assicurazione copre inoltre il 90% dei costi fino a CHF 300 per anno civile alla persona assicurata che deve sottoporsi a dialisi, radioterapia o chemioterapia.

11. Variante CASAMED

11.1 In generale

Per le persone assicurate presso l'assicuratore nella variante BASE CASAMED si applicano le disposizioni aggiuntive seguenti.

11.2 Principio del medico di famiglia

L'assicurazione fornisce prestazioni in base al principio del medico di famiglia. Le prestazioni devono essere fornite, prescritte o ordinate dal medico di famiglia CASAMED presso cui la persona assicurata è iscritta.

Le istituzioni telemediche possono essere riconosciute dall'assicuratore quali medici di famiglia CASAMED.

11.3 Eccezioni del principio del medico di famiglia

L'assicurazione remunera i costi di trattamenti di routine presso medici oculisti, ginecologi e pediatri, senza consultazione del medico di famiglia CASAMED. Le prestazioni per interventi chirurgici ambulatoriali o stazionari, ordinati da queste persone mediche, vengono assunte soltanto dopo consultazione del medico di famiglia CASAMED.

L'assicurazione remunera i costi di trattamenti di medicina alternativa, misure preventive nell'ambito del conto della salute, preparazione al parto, indennità allattamento, trasporti, ricerca, salvataggio e recupero, visita di controllo dentaria senza consultazione del medico di famiglia CASAMED.

11.4 Ospedali

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

11.5 Altri specialisti

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

11.6 Misure preventive, medicina alternativa, medicinali non ammessi, rimedi naturali

L'assicuratore può autorizzare il medico di famiglia CASAMED o gli specialisti del ramo indicati a fornire, prescrivere o ordinare misure preventive, trattamenti di medicina alternativa, medicinali non ammessi o rimedi naturali diversi da quelli stabiliti.

11.7 Altri fornitori di prestazioni

L'assicuratore può designare altri fornitori di prestazioni, quali farmacie, terapeuti, centri sanitari specializzati o fornitori di prestazioni simili, ai quali affidare l'assistenza degli assicurati CASAMED in maniera esclusiva.

11.8 Emergenza

L'assicurazione copre le urgenze indipendentemente dal principio del medico di famiglia. Resta riservata la verifica da parte del medico fiduciario relativa all'indicazione medica.

11.9 Esclusione di prestazioni, esclusione variante CASAMED

11.9.1 Esclusione prestazioni

Se, eccettuati i casi eccezionali elencati in maniera esaustiva, la persona assicurata consulta un fornitore di prestazioni non autorizzato dal suo diritto di scelta, la totalità dei costi che ne deriva va completamente a suo carico.

11.9.2 Esclusione variante CASAMED

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

11.10 Disbrigo prestazioni

11.10.1 Conteggio forfetario

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

11.10.2 Prestazioni disposte

L'assicuratore può in caso di prestazioni ordinate prima di bonificare le prestazioni, se lo ritiene necessario, richiedere alla persona assicurata o al medico di famiglia CASAMED la comprova che le prestazioni sono avvenute secondo il principio del medico di famiglia.

ÖKK FAMILY FLEX

ÖKK Versicherungen AG, edizione 1.1.2019

INDICE

1.	Fondamenti assicurativi	48	6.	Strumenti ausiliari	50
1.1	Ente assicuratore	48	6.1	Mezzi ausiliari per la vista	50
1.2	Disposizioni comuni	48	6.2	Altri strumenti ausiliari	50
1.3	Scopo	48	7.	Cure odontoiatriche	50
1.4	Condizioni per le prestazioni	48	7.1	Denti del giudizio	50
1.5	Campo di applicazione territoriale	48	7.2	Prestazione complementare per bambini e giovani	50
1.6	Stipula assicurativa	48	7.3	Prestazione della collettività	50
2.	Trattamento ambulatoriale	48	7.4	Fornitori di prestazioni e tariffe	50
2.1	Cure mediche urgenti all'estero	48	7.5	Trattamento all'estero	51
2.2	Psicoterapia eseguita da personale non medico	48	8.	Medicina alternativa	51
2.3	Bagni termali	48	9.	Medicinali e rimedi	51
2.4	Sterilizzazione	48	9.1	Medicinali non ammessi	51
3.	Cura stazionaria	48	9.2	Rimedi naturali	51
3.1	Trattamento ospedaliero	48	10.	Costi di trasporto, ricerca, recupero e salvataggio	51
3.2	Riabilitazione stazionaria	49	10.1	Costi di trasporto, azioni di soccorso e salvataggio in casi d'urgenza	51
3.3	Cura psichiatrica	49	10.2	Azioni di ricerca	51
3.4	Emergenza all'estero	49	10.3	Spese di viaggio	51
3.5	Cure	49	11.	Variante CASAMED	51
3.6	Assistenza domiciliare	49	11.1	In generale	51
3.7	Servizio custodia infantile	49	11.2	Principio del medico di famiglia	51
3.8	Rooming-in	49	11.3	Eccezioni del principio del medico di famiglia	51
4.	Maternità	49	11.4	Ospedali	51
4.1	Spese per la cura stazionaria	49	11.5	Altri specialisti	51
4.2	Parto in clinica neonatale	49	11.6	Misure preventive, medicina alternativa, medicinali non ammessi, rimedi naturali	52
4.3	Aiuto domiciliare post-parto	50	11.7	Altri fornitori di prestazioni	52
4.4	Preparazione al parto	50	11.8	Emergenza	52
4.5	Indennità allattamento	50	11.9	Esclusione di prestazioni, esclusione della variante CASAMED	52
5.	Prevenzione	50	11.10	Disbrigo prestazioni	52
5.1	Check up	50			
5.2	Esame ginecologico preventivo	50			
5.3	Conto della salute	50			
5.4	Vaccinazione	50			

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 UNO (DC ÖKK UNO) sono parte integrante delle disposizioni della presente copertura assicurativa. Qualora le disposizioni della presente copertura assicurativa divergano dalle DC ÖKK UNO, le disposizioni della presente copertura assicurativa hanno la precedenza sulle DC ÖKK UNO.

1.3 Scopo

L'assicurazione corrisponde prestazioni per trattamenti ambulatoriali e stazionari in caso di malattia, infortunio o gravidanza e per emergenze all'estero.

L'assicurazione corrisponde prestazioni per misure preventive, strumenti ausiliari, cure odontoiatriche, metodi terapeutici o di trattamento alternativi, spese di trasporto, ricerca, salvataggio e azioni di recupero, medicinali non ammessi, rimedi naturali, cure, assistenza a domicilio esterna alla struttura ospedaliera e paga un'indennità allattamento.

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

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

1.4 Condizioni per le prestazioni

L'assicurazione corrisponde prestazioni se il trattamento è indicato per ragioni mediche e se viene svolto da personale riconosciuto dall'assicuratore per tale trattamento.

L'assicurazione corrisponde prestazioni per trattamenti stazionari se questi avvengono in un ospedale convenzionato o riportato nell'elenco ospedaliero. Il trattamento deve essere svolto da fornitori di prestazioni riconosciuti per tale trattamento conformemente alla LAMal.

1.5 Campo di applicazione territoriale

L'assicurazione copre le prestazioni in Svizzera se non stabilito diversamente.

1.6 Stipula assicurativa

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

2. Trattamento ambulatoriale

2.1 Cure mediche urgenti all'estero

L'assicurazione copre le spese di cure mediche urgenti all'estero in caso di un soggiorno all'estero transitorio.

2.2 Psicoterapia eseguita da personale non medico

2.2.1 Entità delle prestazioni

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

2.2.2 Condizioni per le prestazioni

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

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

2.3 Bagni termali

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

2.4 Sterilizzazione

L'assicurazione copre il 50% fino a CHF 1'000 delle spese per sterilizzazione e vasectomia praticate su adulti.

3. Cura stazionaria

3.1 Trattamento ospedaliero

3.1.1 Condizioni per le prestazioni

L'assicurazione fornisce prestazioni se la persona assicurata risulta avere necessità di degenza ospedaliera ai sensi della BASE.

3.1.2 Estensione delle prestazioni

L'assicurazione si assume a complemento delle prestazioni della BASE, le spese in caso di degenza ospedaliera. Viene rimborsata la partecipazione ai costi della BASE.

La persona assicurata sceglie il reparto con relativa partecipazione ai costi prima del ricovero.

3.1.3 Reparto assicurato e partecipazione ai costi

La persona assicurata può scegliere tra i seguenti reparti:

Reparto:	Partecipazione ai costi per anno civile:
Reparto comune	nessuna
Reparto comune, soluzione Confort, camera doppia	10%, max. CHF 200
Reparto comune, soluzione Confort, camera singola	10%, max. CHF 200
Reparto comune, soluzione Confort, camera familiare (solo in caso di parto)	10%, max. CHF 200
Reparto semiprivato	15%, max. CHF 1'500
Reparto semiprivato, camera familiare (solo in caso di parto)	15%, max. CHF 1'500.

In caso di parto in un ospedale dell'elenco ospedaliero o convenzionato, la partecipazione ai costi nella camera Confort del reparto comune (camera singola, doppia, familiare) decade.

La partecipazione ai costi per famiglie, i cui componenti vivono nello stesso domicilio, è limitata a CHF 3'000 per anno civile. La partecipazione ai costi può essere adeguata all'evoluzione dei costi.

L'assicurazione copre fino a CHF 200 al giorno delle spese supplementari in una camera con soluzione Confort (singola, doppia, familiare) o nella camera familiare del reparto semiprivato.

3.2 Riabilitazione stazionaria

Se il trattamento medico avviene in una clinica di riabilitazione riconosciuta dall'assicuratore, l'assicurazione corrisponde per un massimo di 60 giorni per anno civile nel reparto assicurato, conformemente alle condizioni per trattamenti in ospedale di cui alla cifra 3.1.3.

3.3 Cura psichiatrica

In caso di degenza stazionaria in una clinica psichiatrica, di cura psichiatrica in un ospedale acuto o in una clinica specialistica, l'assicurazione fornisce prestazioni fino a 90 giorni ogni tre anni civili nel reparto assicurato ai sensi delle disposizioni per cure ospedaliere definite alla cifra 3.1.3.

3.4 Emergenza all'estero

L'assicurazione corrisponde prestazioni per il trattamento stazionario nel reparto assicurato di un ospedale acuto in caso di emergenza nel corso di un soggiorno all'estero temporaneo conformemente alle condizioni per trattamenti stazionari di cui alla cifra 3.1.3. finché il rimpatrio non è possibile per motivi medici. All'assicuratore deve essere subito inoltrato, al più tardi entro i dieci giorni successivi all'ingresso in ospedale, una richiesta di garanzia di assunzione dei costi.

3.5 Cure

3.5.1 Cure di ristabilimento

Per le cure di ristabilimento prescritte successive ad una degenza ospedaliera l'assicurazione corrisponde CHF 50 al giorno fino a un massimo di 21 giorni per anno civile.

È concessa la libera scelta tra i sanatori a conduzione medica riconosciuti dall'assicuratore.

3.5.2 Balneoterapia

L'assicurazione corrisponde CHF 30 al giorno, fino a un massimo di 21 giorni per anno civile.

È concessa la libera scelta tra gli stabilimenti termali a conduzione medica riconosciuti dall'assicuratore.

All'assicuratore è concessa la facoltà di richiedere una visita d'entrata da parte di un medico dello stabilimento termale, nonché un controllo d'uscita con rapporto finale all'attenzione del medico che ha prescritto la cura.

3.5.3 Altre cure

L'assicurazione può, su richiesta del medico di fiducia, in caso di indicazione medica speciale per altre cure prescritte dal medico, indennizzare un forfait fino all'ammontare del contributo della cura termale.

3.5.4 Comportamento in caso di cura

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

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

3.6 Assistenza domiciliare

3.6.1 Aspetti generali

Se, in caso di malattia o infortunio, una degenza in ospedale può essere evitata o accorciata, l'assicurazione si assume le spese su prescrizione medica per contributi a servizi domiciliari extraospedalieri, a condizione che le circostanze famigliari o domiciliari lo permettano.

3.6.2 Entità delle prestazioni

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

Se la persona assicurata è responsabile dell'accudimento di almeno un bambino con età inferiore a dodici anni, l'assicurazione corrisponde fino a CHF 100 al giorno, al massimo fino a CHF 2'000 per anno civile.

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

3.6.3 Fornitori di prestazioni

Come aiuto domestico viene riconosciuto chi, professionalmente o contrattualmente per un'organizzazione riconosciuta dall'assicuratore, esegue i lavori casalinghi della persona assicurata.

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

3.7 Servizio custodia infantile

3.7.1 In generale

L'assicurazione corrisponde contributi a servizi di assistenza e cure per bambini con età inferiore a dodici anni.

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

3.7.2 Condizioni per le prestazioni

Le prestazioni vengono corrisposte dal momento che l'infante necessita di assistenza e cure a causa di una malattia acuta o di un infortunio. L'apporto di prestazioni è limitato esclusivamente al personale specialistico dell'organizzazione riconosciuta dall'assicuratore.

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

3.7.3 Estensione delle prestazioni

L'assicurazione corrisponde per il servizio assistenza e cure fino a CHF 30 a ora, per un massimo di CHF 600 per anno civile.

3.8 Rooming-in

Se un bambino di età inferiore a 12 anni necessita di cure stazionarie, l'assicurazione del bambino copre i costi per la permanenza in ospedale di una parte parentale nella camera del bambino.

Se una parte parentale necessita di cure stazionarie, l'assicurazione della parte parentale copre i costi per la permanenza in ospedale del bambino di età inferiore ai 12 anni nella camera della parte parentale.

4. Maternità

4.1 Spese per la cura stazionaria

Se il neonato non è assicurato presso l'assicuratore, l'assicurazione della madre rimborsa i costi ospedalieri non coperti del bambino nel reparto assicurato ai sensi delle disposizioni per cure ospedaliere definite alla cifra 3.1.3.

4.2 Parto in clinica neonatale

L'assicurazione corrisponde fino a CHF 2'000 per parto, in caso esso avvenga in una clinica neonatale riconosciuta dall'assicuratore che non sia riportata nell'elenco ospedaliero cantonale.

4.3 Aiuto domiciliare post-parto

4.3.1 Aspetti generali

L'assicurazione corrisponde dei contributi alle spese per aiuti domiciliari prescritti da un medico e dispensati da personale riconosciuto dall'assicuratore.

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

I contributi sono parimenti corrisposti se l'aiuto è dispensato da famigliari della persona assicurata e il famigliare è in grado di dimostrare di aver subito una perdita di guadagno.

4.3.2 Entità prestazioni in caso di parto in ospedale

L'assicurazione corrisponde a seguito di un parto in ospedale fino a CHF 100 al giorno, al massimo CHF 700 per anno civile.

4.3.3 Entità prestazioni in caso di parto casalingo o parto ambulatoriale

L'assicurazione corrisponde a seguito di parto casalingo o parto ambulatoriale fino a CHF 100 al giorno al massimo CHF 1'200 per anno civile.

4.4 Preparazione al parto

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

4.5 Indennità allattamento

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

5. Prevenzione

5.1 Check up

L'assicurazione corrisponde il 90% dei costi, fino a CHF 300 per anno civile, per check up medici.

Presso l'assicuratore è possibile visionare la descrizione di un check up.

5.2 Esame ginecologico preventivo

L'assicurazione corrisponde il 90% dei costi di un esame ginecologico preventivo secondo LAMal alla tariffa LAMal per anno civile, a condizione che non venga versata alcuna prestazione per un esame ginecologico preventivo conforme dall'assicurazione BASE per l'anno civile corrente.

5.3 Conto della salute

5.3.1 Estensione delle prestazioni

L'assicurazione si assume i costi di misure preventive scelte tra i settori indicati dall'assicuratore, ovvero Famiglia, Alimentazione, Movimento, e Misure preventive generiche, per il 50% per ogni settore fino a CHF 200 per anno civile.

L'entità del contributo corrisposto dall'assicurazione a singole misure preventive riconosciute può essere limitato.

Nel caso, nel corso di un anno, si ricorra a più misure preventive da diversi ambiti, l'assicurazione corrisponde al massimo CHF 500 per anno.

5.3.2 Condizioni per le prestazioni

Le misure preventive e i corsi devono essere riconosciuti dall'assicuratore. Presso l'assicuratore è possibile visionare le singole misure preventive riconosciute dall'assicuratore.

5.4 Vaccinazione

L'assicurazione copre il 90% dei costi fino a CHF 200 per anno civile per vaccinazione medicalmente riconosciute.

6. Strumenti ausiliari

6.1 Mezzi ausiliari per la vista

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

6.2 Altri strumenti ausiliari

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

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

7. Cure odontoiatriche

7.1 Denti del giudizio

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

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

7.2 Prestazione complementare per bambini e giovani

Per bambini e giovani fino a 25 anni di età, inoltre, l'assicurazione si assume:

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

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

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

7.3 Prestazione della collettività

L'assicurazione indennizza le prestazioni in complemento ad eventuali prestazioni dei cantoni e comuni. L'assicurazione corrisponde le prestazioni successivamente.

7.4 Fornitori di prestazioni e tariffe

La determinazione delle prestazioni odontoiatriche dipende dal tariffario dei medici dentisti SSD (Società svizzera odontoiatri) attualmente in vigore. Esistono due strutture tariffali: la «tariffa LAMal» e la revisione della «tariffa odontoiatrica AINF/AM/Al».

L'assicurazione corrisponde prestazioni alla tariffa massima delle assicurazioni sociali (valore del punto e punti) della struttura tariffale utilizzata dal fornitore di prestazioni.

7.5 Trattamento all'estero

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

8. Medicina alternativa

L'assicurazione corrisponde prestazioni per trattamenti di medicina alternativa.

L'assicurazione si assume il 70% dei costi, fino a un massimo di CHF 10'000 per anno civile, quando tanto metodo terapeutico che terapeuta praticante o naturopata, sono riconosciuti dall'assicuratore.

L'assicuratore designa le forme terapeutiche (come ad esempio alcuni trattamenti di medicina tradizionale cinese, pratiche di medicina naturale) ed i terapeuti riconosciuti. L'assicuratore redige una lista dei metodi terapeutici riconosciuti.

L'assicurazione si assume il 50% dei costi, fino a un massimo di CHF 1'000 per anno civile, per ulteriori trattamenti di medicina alternativa eseguiti da personale qualificato.

L'assicurazione non corrisponde prestazioni per metodi terapeutici e per trattamenti effettuati da terapeuti ritenuti nella lista negativa (LN) dell'assicuratore.

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

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

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

9. Medicinali e rimedi

9.1 Medicinali non ammessi

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

9.2 Rimedi naturali

L'assicurazione corrisponde il 90% dei costi per rimedi fitoterapici, omeopatici, antroposofici e oligosoluzioni, nella misura in cui questi non siano coperti dalla BASE e non siano riportati nella lista negativa (LN) dell'assicuratore.

10. Costi di trasporto, ricerca, recupero e salvataggio

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

10.1.1 Estensione delle prestazioni

L'assicurazione provvede ai costi

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

I trasporti con veicoli aerei vengono assunti soltanto se assolutamente indispensabile per ragioni mediche e tecniche.

10.1.2 Partecipazione ai costi

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

10.1.3 Prestazioni di terzi

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

10.2 Azioni di ricerca

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

10.3 Spese di viaggio

In caso di terapie cicliche l'assicurazione rimborsa il 90% dei costi, fino a CHF 100 per anno civile, generati dall'utilizzo dei mezzi di trasporto pubblici per tragitti superiori a 30 chilometri dal luogo di residenza.

L'assicurazione copre inoltre il 90% dei costi, fino a CHF 300 per anno civile, alla persona assicurata che deve sottoporsi a dialisi, radioterapia o chemioterapia.

11. Variante CASAMED

11.1 In generale

Per le persone assicurate presso l'assicuratore nella variante BASE CASAMED si applicano le disposizioni aggiuntive seguenti.

11.2 Principio del medico di famiglia

L'assicurazione fornisce prestazioni in base al principio del medico di famiglia. Le prestazioni devono essere fornite, prescritte o ordinate dal medico di famiglia CASAMED presso cui la persona assicurata è iscritta.

Le istituzioni telemediche possono essere riconosciute dall'assicuratore quali medici di famiglia CASAMED.

11.3 Eccezioni del principio del medico di famiglia

L'assicurazione remunera i costi di trattamenti di routine presso medici oculisti, ginecologi e pediatri, senza consultazione del medico di famiglia CASAMED. Le prestazioni per interventi chirurgici ambulatoriali o stazionari, ordinati da queste persone mediche, vengono assunte soltanto dopo consultazione del medico di famiglia CASAMED.

L'assicurazione remunera i costi di trattamenti di medicina alternativa, misure preventive nell'ambito del conto della salute, preparazione al parto, indennità allattamento, trasporti, ricerca, salvataggio e recupero, visita di controllo dentaria senza consultazione del medico di famiglia CASAMED.

11.4 Ospedali

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

11.5 Altri specialisti

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

11.6 Misure preventive, medicina alternativa, medicinali non ammessi, rimedi naturali

L'assicuratore può autorizzare il medico di famiglia CASAMED o gli specialisti del ramo indicati a fornire, prescrivere o ordinare misure preventive, trattamenti di medicina alternativa, medicinali non ammessi o rimedi naturali diversi da quelli stabiliti.

11.7 Altri fornitori di prestazioni

L'assicuratore può designare altri fornitori di prestazioni, quali farmacie, terapeuti, centri sanitari specializzati o fornitori di prestazioni simili, ai quali affidare l'assistenza degli assicurati CASAMED in maniera esclusiva.

11.8 Emergenza

L'assicurazione copre le urgenze indipendentemente dal principio del medico di famiglia. Resta riservata la verifica da parte del medico fiduciario relativa all'indicazione medica.

11.9 Esclusione di prestazioni, esclusione della variante CASAMED

11.9.1 Esclusione prestazioni

Se, eccettuati i casi eccezionali elencati in maniera esaustiva, la persona assicurata consulta un fornitore di prestazioni non autorizzato dal suo diritto di scelta, la totalità dei costi che ne deriva va completamente a suo carico.

11.9.2 Esclusione variante CASAMED

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

11.10 Disbrigo prestazioni

11.10.1 Conteggio forfetario

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

11.10.2 Prestazioni disposte

L'assicuratore può in caso di prestazioni ordinate prima di bonificare le prestazioni, se lo ritiene necessario, richiedere alla persona assicurata o al medico di famiglia CASAMED la comprova che le prestazioni sono avvenute secondo il principio del medico di famiglia.

ÖKK SALTO

ÖKK Versicherungen AG, edizione 1.1.2019

INDICE

1.	Fondamenti assicurativi	54	6.	Complemento infortuni	56
1.1	Disposizioni comuni	54	7.	Prevenzione	56
1.2	Scopo	54	7.1	Vaccinazioni	56
1.3	Persone assicurate	54	7.2	Visite ginecologiche preventive	56
1.4	Passaggio automatico in ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE o a ÖKK OPTIMA, ÖKK COMBI COMUNE e ÖKK TOURIST	54	7.3	Corsi per la promozione della salute	56
1.5	Passaggio anticipato in ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE o a ÖKK OPTIMA, ÖKK COMBI COMUNE e ÖKK TOURIST	54	7.4	Ulteriori misure preventive	56
1.6	Condizioni per le prestazioni	54	8.	Mezzi ausiliari	56
1.7	Classi di prestazione stazionarie e tariffe ospedaliere	54	8.1	Mezzi ausiliari visivi	56
2.	Trattamenti ambulatoriali	54	8.2	Altri mezzi ausiliari	56
2.1	Trattamenti d'urgenza all'estero	54	9.	Cure odontoiatriche / denti del giudizio	56
2.2	Durata prestazioni	54	9.1	Aspetti generali	56
3.	Trattamenti stazionari	54	9.2	Fornitori di prestazioni e tariffe	56
3.1	Trattamenti acuti	54	9.3	Trattamento all'estero	56
3.2	Riabilitazione stazionaria	55	10.	Costi per trasporti, azioni di ricerca, soccorso e salvataggio	57
3.3	Cura psichiatrica	55	10.1	Costi per trasporti, azioni di soccorso e salvataggio in situazioni d'emergenza	57
3.4	Prestazioni all'estero in caso di urgenze	55	10.2	Azioni di ricerca	57
4.	Maternità	55	11.	Variante CASAMED	57
4.1	Costi per il trattamento stazionario	55	11.1	In generale	57
4.2	Parto in clinica ostetrica	55	11.2	Premesse generali per le prestazioni	57
5.	Servizi aggiuntivi all'estero	55	11.3	Eccezioni al principio del medico di famiglia	57
5.1	Copertura massima	55	11.4	Scelta dell'ospedale	57
5.2	Viaggi di visita e di rimpatrio straordinario	55	11.5	Altri specialisti del ramo	57
5.3	Anticipo spese ad un ospedale	55	11.6	Ulteriori fornitori di prestazioni	57
5.4	Informazione ai congiunti in patria	55	11.7	Urgenze	57
5.5	Intermediazione di ospedali e contatti medici all'estero	55	11.8	Esclusione di prestazioni	57
5.6	Consulenza medica da parte di medici	55	11.9	Disbrigo prestazioni	57
5.7	Esclusione di prestazioni	55			
5.8	Obblighi in caso di sinistro	56			

1. Fondamenti assicurativi

1.1 Disposizioni comuni

Le Disposizioni comuni ÖKK UNO (DC ÖKK UNO) sono parte integrante delle disposizioni della presente copertura assicurativa. Qualora le disposizioni della presente copertura assicurativa divergano dalle DC ÖKK UNO, le disposizioni della presente copertura assicurativa hanno la precedenza sulle DC ÖKK UNO.

1.2 Scopo

L'assicurazione corrisponde prestazioni per i trattamenti ambulatoriali e straordinari, nonché per le urgenze all'estero.

L'assicurazione corrisponde prestazioni per vaccinazioni, mezzi ausiliari, estrazioni dei denti del giudizio, costi per trasporti, azioni di ricerca, soccorso e salvataggio e per corsi di promozione della salute.

L'assicurazione si prefigge inoltre l'assunzione dei costi non coperti per trattamenti di malattia, infortunio e maternità in ospedale acuto.

In aggiunta l'assicurazione corrisponde prestazioni ai costi non coperti per trattamenti d'urgenza all'estero in caso di malattia, infortunio o parto prematuro, nonché per prestazioni di servizio durante viaggi d'affari o di vacanza, e/o di soggiorni fuori domicilio.

Le prestazioni assicurative vengono fornite sussidiariamente a tutte le altre assicurazioni secondo la LCA stipulati presso l'assicuratore.

L'assicurazione corrisponde prestazioni in complemento all'assicurazione di base obbligatoria (BASE). Dei costi complessivi viene assunta soltanto quella parte non coperta da un'altra assicurazione sociale (incl. assicurazione di base presso un altro assicuratore).

1.3 Persone assicurate

L'assicurazione può essere conclusa dal 19esimo anno di età fino al compimento del 30esimo anno di età.

1.4 Passaggio automatico in ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE o a ÖKK OPTIMA, ÖKK COMBI COMUNE e ÖKK TOURIST

L'assicurazione si estingue il 31 dicembre dell'anno in cui viene compiuto il 32esimo anno di età. Il passaggio automatico in ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE (per contratti con decorrenza assicurativa entro il 31.12.2009) o a ÖKK OPTIMA (per contratti con decorrenza dal 1.1.2010), ÖKK COMBI COMUNE e ÖKK TOURIST avviene il 1° gennaio dell'anno successivo. Il passaggio automatico avviene senza nuova dichiarazione sullo stato di salute. Eventuali limitazioni di copertura esistenti secondo le DC UNO vengono riprese e continuate senza modifiche.

1.5 Passaggio anticipato in ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE o a ÖKK OPTIMA, ÖKK COMBI COMUNE e ÖKK TOURIST

Un passaggio anticipato in ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE (per contratti con decorrenza assicurativa entro il 31.12.2009) o a ÖKK OPTIMA (per contratti con decorrenza dal 1.1.2010), ÖKK COMBI COMUNE e ÖKK TOURIST è possibile senza nuova dichiarazione sullo stato di salute, con effetto dal 1° gennaio di ogni anno. Lo stesso diritto di passaggio viene garantito per un trapasso nell'assicurazione ÖKK MONDIAL. In caso di gravidanza, il passaggio, e/o trapasso è possibile durante l'anno. Eventuali limitazioni di copertura esistenti secondo le DC ÖKK UNO vengono riprese e continuate senza modifiche.

1.6 Condizioni per le prestazioni

1.6.1 Aspetti generali

Le prestazioni vengono corrisposte soltanto se il trattamento è necessario per ragioni mediche e se viene eseguito da persone riconosciute dall'Assi-

curatore. Per quanto attiene al riconoscimento delle rispettive persone è necessario richiedere informazioni all'assicuratore.

L'assicuratore corrisponde prestazioni per trattamenti stazionari se questi avvengono in un ospedale convenzionato o riportato nell'elenco ospedaliero. Il trattamento deve essere svolto da fornitori di prestazioni riconosciuti per tale trattamento conformemente alla LAMal.

1.6.2 Trattamenti in altri ospedali

In caso di trattamenti in altri ospedali, sono assicurate le prestazioni secondo la cifra 3.1.4.

1.6.3 Trattamenti medici fuori cantone con indicazione medica

Il cantone di domicilio assume i costi supplementari di un'ospedalizzazione fuori cantone, motivata dal punto di vista medico, secondo le condizioni di legge (art. 41 cpv. 3 LAMal).

1.7 Classi di prestazione stazionarie e tariffe ospedaliere

1.7.1 Classi di prestazioni

L'assicurazione conosce le seguenti classi di prestazioni:

- reparto comune (camera a più letti) di un ospedale con tariffa convenzionata in tutta la Svizzera.

1.7.2 Criteri mancanti, tariffe massime

Se per i reparti ospedalieri, un ospedale non conosce nessun criterio o conosce criteri diversi da quelli descritti nelle presenti disposizioni, a livello assicurativo questi vengono considerati come reparto ospedaliero privato. L'assicuratore ha la facoltà di determinare tariffe massime per il reparto comune e per quello semiprivato, che fungono da criteri di classificazione per i reparti ospedalieri assicurati.

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.

Le eventuali tariffe massime stabilite dall'Assicuratore possono essere visionate presso l'assicuratore.

1.7.3 Classificazione ospedali

Ospedali che non adempiono questi criteri di classificazione, vale a dire che non dispongono di reparto comune e/o reparto semiprivato, e/o che, secondo le presenti condizioni, gestiscono soltanto un reparto privato, sono ritenuti in un elenco che può essere visionato presso l'assicuratore.

2. Trattamenti ambulatoriali

2.1 Trattamenti d'urgenza all'estero

In caso di trattamento medico d'urgenza all'estero, l'assicurazione prevede la piena copertura dei costi in maniera complementare alle prestazioni della BASE.

2.2 Durata prestazioni

A meno che le disposizioni dell'assicurazione non prevedano diversamente, le prestazioni vengono corrisposte senza limiti di tempo.

3. Trattamenti stazionari

3.1 Trattamenti acuti

3.1.1 Premesse per le prestazioni

L'assicurazione corrisponde prestazioni stazionarie nella misura in cui e fino a quando la persona assicurata ha necessità d'ospedalizzazione ai sensi della BASE.

3.1.2 Estensione delle prestazioni

L'assicurazione assume i costi per le degenze ospedaliere secondo la classe di prestazioni assicurata, in complemento alle prestazioni della BASE.

Non assicurata è la partecipazione ai costi della BASE, unitamente alla tenuta ospedaliera giornaliera di partecipazione ai costi di degenza.

3.1.3 Trattamenti in reparto ospedaliero di categoria superiore

Se il trattamento avviene in un reparto ospedaliero di categoria superiore rispetto a quello assicurato, l'assicurazione copre al massimo le seguenti prestazioni:

- i costi che sarebbero insorti nel reparto ospedaliero assicurato. Se questi costi non si lasciano determinare, l'assicurazione prevede un importo forfetario di CHF 30 al giorno.

3.1.4 Trattamento in altri ospedali

Se il trattamento avviene in un ospedale non ritenuto nell'elenco ospedaliero cantonale, è coperto al massimo un importo forfetario di CHF 30 al giorno.

3.2 Riabilitazione stazionaria

Se il trattamento medico avviene in una clinica di riabilitazione riconosciuta dall'assicuratore, l'assicurazione si assume la copertura totale dei costi per i primi 60 giorni, conformemente alle disposizioni per trattamenti acuti.

Le cliniche di riabilitazione sono riportate in un elenco che può essere consultato in ogni momento presso l'assicuratore.

3.3 Cura psichiatrica

In caso di degenza in una clinica psichiatrica, di trattamento psichiatrico in un ospedale acuto o in una clinica specializzata, durante 90 giorni, l'assicurazione garantisce la piena copertura dei costi secondo la regolamentazione per i trattamenti acuti.

Queste prestazioni vengono corrisposte una volta sull'arco di tre anni civili.

3.4 Prestazioni all'estero in caso di urgenze

In complemento alle prestazioni della BASE, durante un soggiorno all'estero, l'assicurazione assume i costi per i trattamenti stazionari d'urgenza in un ospedale acuto fino alla piena copertura nel reparto comune.

Le prestazioni vengono corrisposte fino a quando un trasporto di rimpatrio non è esigibile dal punto di vista medico, al massimo tuttavia per un anno.

In caso di trattamento stazionario va immediatamente, o al più tardi entro 10 giorni dopo il ricovero, presentata all'assicuratore una garanzia d'assunzione dei costi.

4. Maternità

4.1 Costi per il trattamento stazionario

L'assicurazione copre i costi di un parto in ospedale non coperti dalla BASE, in reparto comune in tutta la Svizzera per la madre.

Se per il neonato non sussiste alcuna assicurazione propria corrispondente, l'assicurazione della madre si assume i costi non coperti del bambino in ospedale, in reparto comune in tutta la Svizzera.

4.2 Parto in clinica ostetrica

In caso di parto in una clinica ostetrica riconosciuta dall'assicuratore, non riportata nell'elenco ospedaliero cantonale, l'assicurazione corrisponde il 90% dei costi, fino ad un massimo di CHF 1'000 per parto.

5. Servizi aggiuntivi all'estero

5.1 Copertura massima

Per eventuali costi non coperti in occasione di viaggi fino a 100 giorni per anno civile, vengono corrisposti in caso d'urgenza ulteriori CHF 50'000.

5.2 Viaggi di visita e di rimpatrio straordinario

Se quando si trova all'estero, una persona assicurata si ammala seriamente o subisce un grave infortunio, e deve essere ricoverata in ospedale per più di 7 giorni, l'assicuratore organizza e paga un viaggio di visita di una persona cara alla persona assicurata, fino al luogo della degenza ospedaliera (biglietto ferroviario 1a classe, biglietto aereo classe economica).

Quando per necessità mediche, per il trattamento stazionario, una persona assicurata deve essere trasportata in patria in un ospedale confacente nel cantone di domicilio, la centrale di soccorso ÖKK organizza il rimpatrio straordinario dei familiari in viaggio assieme o di una persona cara. Sono coperti i costi supplementari risultanti.

Se una persona assicurata si ammala o s'infortuna e a causa di una degenza ospedaliera non è in grado di affrontare il rientro, la centrale di soccorso ÖKK organizza il rimpatrio straordinario della persona assicurata, dei familiari in viaggio con lei o di una persona cara. Sono coperti i costi supplementari risultanti.

5.3 Anticipo spese ad un ospedale

Se una persona assicurata deve essere ricoverata in un ospedale all'estero, l'assicuratore versa, se necessario, un anticipo alle spese di degenza fino a CHF 20'000. Se una parte dell'importo anticipato non risulta coperto dall'assicurazione esistente, la quota viene fatturata alla persona assicurata. L'importo richiesto in restituzione va versato entro 30 giorni.

5.4 Informazione ai congiunti in patria

Quando la centrale di soccorso ÖKK organizza dei provvedimenti, essa informa i familiari della persona assicurata in merito alle circostanze ed alle misure adottate.

5.5 Intermediazione di ospedali e contatti medici all'estero

All'occorrenza, la centrale di soccorso ÖKK procura ai propri assicurati un medico o un ospedale nelle vicinanze del luogo di soggiorno. In caso di problemi linguistici, la centrale di soccorso ÖKK fornisce aiuto nelle traduzioni.

5.6 Consulenza medica da parte di medici

Quando durante il viaggio una persona assicurata necessita di aiuti medici e questi non possono essere richiesti sul luogo di soggiorno, i medici della centrale di soccorso ÖKK forniscono consulenza medica. Tale consulenza va intesa unicamente come consigli e non può in nessun caso essere considerata diagnosi.

5.7 Esclusione di prestazioni

In aggiunta alle limitazioni di prestazioni delle DC ÖKK UNO, nessun diritto alle prestazioni assicurative sussiste

- a) per malattie e conseguenze d'infortuni esistenti già al momento della partenza per il viaggio, e/o il cui subentrare poteva dalla persona assicurata essere individuato già al momento della partenza per il viaggio, e un trattamento medico era quindi prevedibile,
- b) se la persona assicurata si è recata all'estero a scopo di trattamento, cura o parto,
- c) se la centrale di soccorso ÖKK non ha concesso il proprio benessere ad azioni di ricerca, trasporti di rimpatrio o viaggi di rimpatrio straordinari.

Se i trasporti d'urgenza o di rimpatrio sono resi impossibili da circostanze esterne, quali scioperi, disordini, atti di violenza, disastri industriali di grosse dimensioni, radioattività, catastrofi naturali, epidemie o forza maggiore, la loro organizzazione ed esecuzione non può essere pretesa.

5.8 Obblighi in caso di sinistro

5.8.1 Informazione alla centrale di emergenza ÖKK

La centrale di soccorso ÖKK va in ogni caso immediatamente avvisata in caso di malattia improvvisa, infortunio o parto prematuro in Svizzera o all'estero, che rendono necessarie ospedalizzazione o misure d'intervento.

5.8.2 Esonero dall'obbligo del segreto

La persona assicurata svincola i medici curanti e l'ulteriore personale medico, nonché altri assicuratori, dal segreto professionale nei confronti della centrale di soccorso ÖKK.

5.8.3 Rivendicazione del diritto

La persona assicurata è tenuta a rivendicare immediatamente il proprio diritto alle prestazioni presso l'assicuratore e a mettere a disposizione di questa tutte le necessarie informazioni di natura medica ed amministrativa. Vengono riconosciute unicamente fatture originali dettagliate. Allorquando i dettagli della fattura sono insufficienti e, su richiesta, le informazioni supplementari non vengono fornite, le prestazioni vengono stabilite secondo equo apprezzamento.

5.8.4 Compensazione di biglietti ferroviari e aerei

I biglietti ferroviari o aerei inutilizzati vanno spontaneamente inoltrati all'assicuratore. Nel caso in cui biglietti divenuti inutilizzabili vengono venduti o riscossi da terzi, gli indennizzi ricevuti sono dedotti dalle prestazioni assicurative. In caso d'inosservanza di questo obbligo, l'assicuratore è legittimato a richiedere il rimborso di un importo stabilito secondo equo apprezzamento oppure a compensarlo con un diritto alle prestazioni.

6. Complemento infortuni

In seguito ad una degenza ospedaliera causata da un infortunio vengono assunti i mezzi ausiliari necessari al proseguimento del trattamento, secondo la prassi dell'assicurazione contro infortuni obbligatoria.

Nella stessa misura vengono assunti i costi per i mezzi ausiliari che sostituiscono una parte o una funzione corporea, se questi sono stati danneggiati da un infortunio necessitante trattamento ospedaliero.

Su queste prestazioni viene riscossa una partecipazione del 10%.

7. Prevenzione

7.1 Vaccinazioni

Per le vaccinazioni di prevenzione per infezioni vengono rimborsati il 90% dei costi effettivi, al massimo tuttavia CHF 200 per anno civile. Non vengono corrisposte prestazioni per vaccinazioni effettuate per scopi di lavoro, il cui effetto dal punto di vista medico è alquanto discusso oppure ancora in fase sperimentale.

7.2 Visite ginecologiche preventive

Per anno civile sono assicurati i costi per una visita ginecologica preventiva secondo il tariffario LAMal, premesso che nel rispettivo anno le stesse prestazioni non vengano corrisposte dalla BASE. Su queste prestazioni è dovuta una partecipazione del 10%.

7.3 Corsi per la promozione della salute

Per le spese di un corso per la promozione della salute (p. es. disassuefazione al fumo) prescritto da un medico e eseguito da persone qualificate, l'assicurazione rifonde il 90% dei costi, al massimo tuttavia CHF 300 nell'arco di due anni civili.

L'assicuratore determina i corsi di promozione della salute riconosciuti. L'elenco dei corsi riconosciuti può essere visionato presso l'assicuratore.

7.4 Ulteriori misure preventive

Per ulteriori misure preventive riconosciute si possono ottenere dei contributi.

Presso l'assicuratore è possibile visionare le singole misure preventive riconosciute dall'assicuratore.

8. Mezzi ausiliari

8.1 Mezzi ausiliari visivi

Per le spese di lenti oftalmiche (occhiali o lenti a contatto) necessarie alla correzione della vista, le persone assicurate beneficiano di un contributo di CHF 420 nell'arco di 5 anni civili.

8.2 Altri mezzi ausiliari

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

Non sono assicurati i costi risultanti dall'esercizio, dalla manutenzione e dalla riparazione di tali mezzi ausiliari.

9. Cure odontoiatriche / denti del giudizio

9.1 Aspetti generali

L'assicurazione copre i costi per l'estrazione dei denti del giudizio. Se il trattamento avviene in maniera stazionaria, vengono assunti i costi fino all'ammontare della tariffa stabilita per il reparto comune nel cantone di domicilio, stabilita contrattualmente. Su queste prestazioni viene riscossa una partecipazione del 10%.

9.2 Fornitori di prestazioni e tariffe

La 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/Al».

L'assicurazione corrisponde prestazioni alla tariffa massima delle assicurazioni sociali (valore del punto e punti) della struttura tariffale utilizzata dal fornitore di prestazioni.

9.3 Trattamento all'estero

Le prestazioni vengono corrisposte anche quando il trattamento avviene in una nazione di frontiera con la Svizzera. Per nazione di frontiera s'intendono quelle nazioni che hanno un confine comune con la Svizzera.

10. Costi per trasporti, azioni di ricerca, soccorso e salvataggio

10.1 Costi per trasporti, azioni di soccorso e salvataggio in situazioni d'emergenza

10.1.1 Entità delle prestazioni

Per i costi

- di trasporti medici nel più vicino ospedale confacente con un mezzo di trasporto idoneo
- di trasporti di rimpatrio in un ospedale confacente nel cantone di domicilio della persona assicurata, per la continuazione del trattamento
- per azioni di soccorso e salvataggio

viene corrisposto un contributo di complessivamente CHF 20'000 per anno civile.

I trasporti con veicoli aerei vengono assunti soltanto se assolutamente indispensabile per ragioni mediche e tecniche.

10.1.2 Partecipazione

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

10.1.3 Prestazioni di terzi

Se esiste un'affiliazione (in qualità di sostenitore) ad una guardia aerea di soccorso o ad un'organizzazione analoga, i costi vengono assunti soltanto nella misura in cui queste organizzazioni non corrispondono nessuna prestazione. Restano riservati accordi contrattuali di tenore diverso.

10.2 Azioni di ricerca

In aggiunta ai costi per soccorso e salvataggio, vengono assunti i costi per la ricerca di una persona assicurata fino ad un massimo di CHF 20'000 per anno civile.

11. Variante CASAMED

11.1 In generale

Per le persone assicurate presso l'assicuratore nella variante BASE CASAMED si applicano le disposizioni aggiuntive seguenti.

11.2 Premesse generali per le prestazioni

Le prestazioni assicurative vengono corrisposte soltanto se avvengono secondo il principio del medico di famiglia. Le prestazioni devono essere fornite, prescritte o ordinate dal medico di famiglia CASAMED presso cui la persona assicurata è iscritta.

Le istituzioni telemediche possono essere riconosciute dall'assicuratore quali medici di famiglia CASAMED.

11.3 Eccezioni al principio del medico di famiglia

L'assicurazione copre costi generati da trattamenti di routine presso oculisti, ginecologi e pediatri, senza precedente consulto del medico di famiglia CASAMED. In caso di ulteriori trattamenti, va consultato il medico di famiglia CASAMED.

L'assicurazione copre costi generati da misure di prevenzione nell'ambito dei corsi di comportamento orientato alla salute, trasporto, azioni di ricerca, soccorso e salvataggio, estrazioni dei denti del giudizio, servizi supplementari all'estero senza consulto del medico di famiglia CASAMED.

11.4 Scelta dell'ospedale

In prospettiva di un approvvigionamento meno costoso, l'assicuratore può designare gli ospedali ai quali accordare in maniera esclusiva l'assistenza medica degli assicurati CASAMED.

11.5 Altri specialisti del ramo

Al posto del medico di famiglia CASAMED l'assicuratore può designare altri specialisti del ramo, che possono fornire, prescrivere o ordinare prestazioni coperte dall'assicurazione.

11.6 Ulteriori fornitori di prestazioni

In prospettiva di un approvvigionamento meno costoso, l'Assicuratore può designare altri fornitori di prestazioni, quali farmacie, terapeuti, centri sanitari specializzati o fornitori di prestazioni simili, ai quali affidare l'assistenza degli assicurati CASAMED in maniera esclusiva.

11.7 Urgenze

L'assicurazione copre le urgenze indipendentemente dal fornitore di prestazioni scelto. Resta riservata la verifica medico fiduciaria relativa all'indicazione medica.

11.8 Esclusione di prestazioni

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

11.9 Disbrigo prestazioni

11.9.1 Conteggio forfetario

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

11.9.2 Prestazioni ordinate

In caso di prestazioni ordinate, prima di bonificare le prestazioni, l'assicuratore può, se lo ritiene necessario, richiedere alla persona assicurata o al medico di famiglia CASAMED la comprova che le prestazioni sono avvenute secondo il principio del medico di famiglia.

ÖKK DENTAL

ÖKK Versicherungen AG, edizione 1.1.2019

INDICE

1.	Fondamenti assicurativi	59
1.1	Scopo	59
1.2	Stipula del contratto assicurativo	59
1.3	Condizioni per le prestazioni	59
1.4	Estero	59
2.	Possibilità d'assicurazione	59
2.1	ÖKK DENTAL PICCOLO	59
2.2	ÖKK DENTAL	59
3.	Variante CASAMED	59
3.1	Aspetti generali	59
3.2	Condizioni per le prestazioni	60
3.3	Trattamenti d'urgenza	60
3.4	Esclusione di prestazioni, esclusione della variante CASAMED	60
3.5	Premi	60

1. Fondamenti assicurativi

1.1 Scopo

L'assicurazione copre le spese di cure odontoiatriche e misure profilattiche.

1.2 Stipula del contratto assicurativo

L'assicurazione può essere sottoscritta fino al 60esimo anno d'età.

Le malattie presenti al momento della stipulazione del contratto assicurativo, come ad esempio denti non trattati o mancanti, malposizioni dentarie, anomalie mascellari ecc. non sono assicurate. La limitazione di prestazione viene comunicata alla persona assicurata per iscritto.

L'ultima visita di controllo oppure cura dentaria non deve aver superato l'anno al momento dell'inizio dell'assicurazione.

Bambini che vengono assicurati per le spese di cure odontoiatriche entro il primo anno di vita, sono assicurati senza riserva.

1.3 Condizioni per le prestazioni

Sono assicurati i provvedimenti odontoiatrici necessari, scientificamente riconosciuti come diagnostici e terapeutici, fino dove l'utilità della cura è garantita.

La determinazione delle prestazioni odontoiatriche dipende dal tariffario dei medici dentisti SSO (Società svizzera odontoiatri) attualmente in vigore. Esistono due strutture tariffali: la «tariffa LAMa» e la revisione della «tariffa odontoiatrica AINF/AM/Al».

L'assicurazione corrisponde prestazioni alla tariffa massima delle assicurazioni sociali (valore del punto e punti) della struttura tariffale utilizzata dal fornitore di prestazioni.

L'assicurazione indennizza le prestazioni in modo sussidiario, cioè con riferimento o complemento all'assicurazione federale contro le malattie o gli infortuni nonché a prestazioni dei cantoni e comuni. Se per le prestazioni sono responsabili altri assicuratori, la prestazione viene indennizzata proporzionalmente.

1.4 Estero

Le prestazioni assicurative vengono anche indennizzate, se la cura avviene in un paese limitrofo alla Svizzera. Come paesi limitrofi vengono considerati paesi confinanti con la Svizzera.

2. Possibilità d'assicurazione

Esistono le seguenti possibilità d'assicurazione

- ÖKK DENTAL PICCOLO fino al 15esimo anno d'età compiuto
- ÖKK DENTAL

2.1 ÖKK DENTAL PICCOLO

2.1.1 Prestazioni

Per bambini e giovani fino al 15esimo anno d'età, vengono indennizzate le spese per una visita di controllo incluse le radiografie fino a CHF 40 per anno civile.

2.1.2 Cambio automatico dell'assicurazione

Dopo il conseguimento del 15esimo anno d'età si effettua automaticamente all'inizio dell'anno seguente e senza riserve il passaggio dall'assicuratore DENTAL PICCOLO a ÖKK DENTAL A. Alla persona assicurata spetta il diritto di recesso entro un termine di tre mesi dopo la comunicazione.

2.2 ÖKK DENTAL

2.2.1 Varianti di prestazione

Variante	Diritto di prestazione massimo per anno civile
----------	--

ÖKK DENTAL A	75% fino al massimo di CHF 1'000 franchigia CHF 500
--------------	---

ÖKK DENTAL B	50% fino al massimo di CHF 500
--------------	--------------------------------

ÖKK DENTAL C	50% fino al massimo di CHF 1'000
--------------	----------------------------------

ÖKK DENTAL D	75% fino al massimo di CHF 1'000
--------------	----------------------------------

ÖKK DENTAL E	75% fino al massimo di CHF 1'500
--------------	----------------------------------

ÖKK DENTAL F	75% fino al massimo di CHF 3'000
--------------	----------------------------------

ÖKK DENTAL G	75% fino al massimo di CHF 5'000 franchigia CHF 500
--------------	---

ÖKK DENTAL H	75% fino al massimo di CHF 5'000
--------------	----------------------------------

L'assicuratore può ridurre l'importo della franchigia per i bambini fino ai 15 anni nelle varianti con franchigia.

Nelle varianti con franchigia, questa viene riscossa sulla base di un determinato importo per anno civile. Il diritto alle prestazioni massimo si calcola sull'importo che rimane dopo deduzione della franchigia.

2.2.2 Profilassi e controlli

L'assicurazione copre prestazioni per una visita di controllo, incluse le radiografie, e per la profilassi dentaria fino a CHF 100 per anno civile. La partecipazione ai costi della variante assicurativa sottoscritta decade.

2.2.3 Prestazioni / periodo di trattamento

Nell'ambito della classe di prestazioni scelta, l'assicurazione comprende tutte le spese per le cure odontoiatriche incluse le spese di laboratorio.

Per le spese di mezzi di cura dentaria non viene corrisposta alcuna prestazione.

L'assicuratore corrisponde gli importi assicurati per anno civile.

2.2.4 Periodo di carenza

La pretesa di prestazioni assicurative inizia

- dopo un periodo di carenza di 12 mesi per protesi dentarie (quali corone, ponti, protesi, denti a perno, ricostruzioni di monconi nonché apparecchi per la cura di malposizioni dentarie e mascellari inclusi rispettivi ordinatori provvisori, riparazioni e rispettive cure odontoiatriche e controlli) e
- dopo un periodo di carenza di 6 mesi per tutte le altre cure.

Il periodo di carenza vale anche per gli aumenti d'assicurazione. Prestazioni per la profilassi e le visite di controllo non sottostanno a nessun periodo di carenza.

2.2.5 Rivendicazione del diritto

Per l'affermazione del diritto la persona assicurata è tenuta a inoltrare immediatamente la fattura dettagliata originale, al più tardi entro 30 giorni dopo la data della fattura. Nella fattura devono risultare il periodo di cura nonché le singole prestazioni elencate in dettaglio secondo le tariffe del dentista.

3. Variante CASAMED

3.1 Aspetti generali

La variante CASAMED presuppone che la persona assicurata abbia la copertura CASAMED anche nella BASE.

Per la variante CASAMED si applicano le disposizioni aggiuntive seguenti.

3.2 Condizioni per le prestazioni

Le prestazioni vengono rimborsate se corrisposte, prescritte o disposte da un dentista CASAMED riconosciuto dall'assicuratore presso cui la persona assicurata risulta registrata.

3.3 Trattamenti d'urgenza

Nell'ambito dell'assicurazione i trattamenti aventi carattere d'urgenza risultano coperti, indipendentemente dal fornitore di prestazione prescelto. Resta riservata la verifica in merito all'indicazione medica da parte del medico dentista di fiducia dell'assicuratore.

3.4 Esclusione di prestazioni, esclusione della variante CASAMED

3.4.1 Esclusione di prestazioni

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

3.4.2 Esclusione della variante CASAMED

In caso di reiterati comportamenti contrari alle condizioni, l'assicuratore è autorizzato ad assegnare la persona assicurata alla variante assicurativa ordinaria.

3.5 Premi

Nella variante CASAMED sono applicati premi ridotti.

ÖKK TOURIST

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

INDICE

FONDAMENTI ASSICURATIVI	63	5. Obblighi in caso di sinistro	65
1. Enti assicuratori	63	5.1 Informazione della centrale di emergenza ÖKK	65
2. Disposizioni comuni	63	5.2 Esonero dall'obbligo del segreto professionale	65
3. Scopo	63	5.3 Esercizio del diritto	65
4. Varianti assicurative proposte	63	5.4 Conteggio di biglietti del treno o dell'aereo	65
5. Stipula dell'assicurazione	63	6. Prestazioni di terzi	65
6. Persone assicurate	63	6.1 Assicurazioni sociali	65
6.1 Assicurazione individuale	63	6.2 Assicurazioni in essere presso l'assicuratore	65
6.2 Assicurazione per famiglie	63	6.3 Guardia aerea di salvataggio o organizzazioni simili	65
7. Inizio, durata e fine dell'assicurazione	63	PROTEZIONE GIURIDICA VIAGGI	66
8. Scioglimento del contratto collettivo	63	1. Ambito di validità geografico	66
9. Partecipazione ai costi	63	2. Ambito di validità temporale	66
SPESE DI CURA E ASSISTENZA A PERSONE	64	3. Qualità/caratteristiche assicurate	66
1. Condizione per le prestazioni	64	4. Casi di protezione giuridica viaggi coperti da assicurazione	66
2. Ambito di validità geografico	64	5. Prestazioni assicurative	66
3. Ambito di validità temporale	64	6. Esclusioni	66
4. Prestazioni assicurative	64	7. Notifica di caso di protezione giuridica	66
4.1 Spese di cura	64	8. Elaborazione di un caso di protezione giuridica	67
4.2 Spese di trasporto, ricerca, salvataggio e recupero	64	9. Procedura in caso di divergenze di opinione	67
4.3 Viaggio di visita e costi di viaggio supplementari	64	10. Foro competente	67
4.4 Somma di copertura	64		
4.5 Servizi di assistenza	64		
4.6 Esclusione di prestazioni	65		

SPESE DI ANNULLAMENTO	68	BAGAGLI	70
1. Ambito di validità geografico	68	1. Ambito di validità geografico	70
2. Ambito di validità temporale	68	2. Ambito di validità temporale	70
3. Eventi assicurati	68	3. Oggetti assicurati	70
4. Prestazioni assicurative	68	4. Oggetti non assicurati	70
4.1 Principio	68	5. Eventi assicurati	70
4.2 Spese di annullamento	68	6. Prestazioni assicurative	70
4.3 Costi supplementari	68	6.1 Entità delle prestazioni	70
4.4 Prestazione di viaggio non fruita	68	6.2 Somme di copertura	70
4.5 Somme di copertura	68	6.3 Esclusione di prestazioni	70
4.6 Esclusione di prestazioni	68	6.4 Cessione del credito	71
4.7 Malati cronici	69	6.5 Responsabilità dell'ente assicuratore	71
4.8 Cessione del credito	69	7. Obblighi comportamentali in viaggio	71
4.9 Responsabilità dell'ente assicuratore	69	8. Obblighi in caso di sinistro	71
5. Obblighi comportamentali in viaggio	69	9. Foro competente	71
6. Obblighi in caso di sinistro	69		
7. Diritti nei confronti di terzi	69		
8. Foro competente	69		

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 alla cifra 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 1^a 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 risultanti.

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 risultanti.

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, medicinali 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 alla cifra 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 risultanti. 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 prostrate 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

zioni 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 cifra 6.1 d),
- b) titoli, attestati e documenti di ogni genere (salvo cifra 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 25 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	73
1.1	Ente assicuratore	73
1.2	Disposizioni comuni	73
1.3	Validità territoriale	73
1.4	Ambito di validità temporale	73
1.5	Persone assicurate	73
1.6	Inizio, durata e fine dell'assicurazione	73
1.7	Scioglimento del contratto collettivo	73
2.	Entità della copertura	73
2.1	Basi contrattuali	73
2.2	Controversie assicurate	73
2.3	Sussidiarietà	73
2.4	Controversie non assicurate	73
3.	Prestazioni assicurative	74
4.	Caso di protezione giuridica	74
4.1	Notifica di caso di protezione giuridica	74
4.2	Elaborazione di un caso di protezione giuridica	74
4.3	Procedura in caso di divergenze di opinione	74
5.	Foro competente	74

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.

L'assicurazione può essere stipulata e applicata solo insieme a una delle seguenti coperture assicurative:

- ÖKK COMPLEMENTARE GENERALE
- ÖKK COMPLEMENTARE PRIVATA
- ÖKK OPTIMA
- ÖKK PREMIUM
- ÖKK COMBI
- ÖKK FAMILY
- ÖKK FAMILY FLEX
- ÖKK SALTO
- ÖKK DENTAL
- ÖKK MONDIAL

Se una persona che soddisfa le condizioni di ÖKK PROTECT si ritira da una polizza comune, la copertura assicurativa in ÖKK PROTECT continua. Tuttavia, la persona assicurata ha un diritto di recesso entro tre mesi dalla comunicazione.

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 risultanti. 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	76	6.	Limitazioni delle prestazioni	78
1.1	Ente assicuratore	76	6.1	Principio	78
1.2	Disposizioni comuni	76	6.2	Esclusione di prestazioni	78
1.3	Validità territoriale	76	6.3	Riduzioni di prestazioni	79
1.4	Ambito di validità temporale	76	6.4	Decesso provocato da una persona avente diritto a prestazioni	79
1.5	Stipula dell'assicurazione	76			
1.6	Determinazione dell'età	76	7.	Costi di riqualificazione professionale	79
1.7	Persone assicurate	76	8.	Indennizzi	79
1.8	Inizio, durata e fine dell'assicurazione	76	9.	Comportamento in caso di sinistro	79
1.9	Modifiche di copertura	76	10.	Comunicazioni all'assicuratore	79
1.10	Scioglimento del contratto collettivo di assicurazione	76	11.	Luogo di adempimento e foro competente	79
1.11	Modifiche contrattuali	76	12.	Diritto applicabile	79
2.	Entità della copertura	76			
3.	Somme assicurate	76			
3.1	Entità delle somme assicurate	76			
3.2	Somme assicurate massime	76			
4.	Assicurazione di capitale in caso di decesso	77			
4.1	Persone beneficiarie	77			
4.2	Doppia somma in caso di decesso	77			
4.3	Deduzione del capitale d'invalidità	77			
5.	Assicurazione di capitale per invalidità	77			
5.1	Principio	77			
5.2	Invalidità completa	77			
5.3	Invalidità parziale	77			
5.4	Deturpazione grave	78			
5.5	Disfunzioni fisiche preesistenti	78			
5.6	Indennizzo in caso di invalidità	78			

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 scio-

glimento 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	30	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
25	25	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	250
56	130	79	255
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	300
66	180	89	305
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 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;
- a seguito di terremoti in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein;
- 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;
- conseguenti o concomitanti a crimini o delitti commessi intenzionalmente o per negligenza dell'assicurato, al tentativo di parteciparvi o alla partecipazione;
- a seguito dell'effetto di raggi ionizzanti e danni derivanti da energia nucleare;
- nel caso di incidenti in cui la persona assicurata presenti un tasso alcolico 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 medicinali, 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	81	5.	Obblighi della persona assicurata	85
1.1	Fondamenti	81	5.1	Obbligo di notifica e verifica dello stato di salute	85
1.2	Scopo e contenuto dell'assicurazione	81	5.2	Comportamento in caso di sinistro	85
1.3	Disposizioni comuni	81	5.3	Obbligo di collaborazione in caso di malattia	85
1.4	Parti contrattuali e rapporti assicurativi	81	5.4	Comunicazioni e avvisi	85
1.5	Persone assicurate	81			
1.6	Anno assicurativo	81	6.	Quota	85
1.7	Determinazione dell'età	81			
1.8	Ammissione all'assicurazione	81	7.	Disposizioni particolari	85
			7.1	Servizio militare	85
2.	Domanda di ammissione	81	7.2	Luogo di adempimento	85
2.1	Inizio della copertura assicurativa	81	7.3	Foro competente e diritto applicabile	85
2.2	Domanda di ammissione	81			
2.3	Nessuna protezione assicurativa	81			
2.4	Cessazione della copertura assicurativa	81			
2.5	Validità territoriale della copertura assicurativa	81			
3.	Inizio, durata e fine dell'assicurazione	81			
3.1	Inizio e durata dell'assicurazione	81			
3.2	Modifica dell'assicurazione	81			
3.3	Sospensione dell'assicurazione	81			
3.4	Fine dell'assicurazione	81			
4.	Prestazioni	82			
4.1	Panoramica delle prestazioni	82			
4.2	Definizione dei termini	82			
4.3	Somme assicurate	82			
4.4	Capitale di invalidità	82			
4.5	Capitale di decesso	83			
4.6	Nessun diritto a prestazioni assicurative	84			
4.7	Diritto a prestazioni assicurative ridotto	84			

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 25 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 25 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 fun-

ge 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 di 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 raccogliercle 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	87	8.	Obblighi di collaborare in caso di malattia e infortunio	89
1.1	Ente assicuratore	87	8.1	Obbligo di notifica	89
1.2	Disposizioni comuni	87	8.2	Obbligo d'informazione	90
1.3	Scopo	87			
2.	Validità territoriale	87	9.	Premi e pagamenti	90
2.1	Aspetti generali	87	9.1	Ammontare dei premi	90
2.2	Incapacità lavorativa all'estero	87	9.2	Ribasso per assenza di prestazioni	90
2.3	Soggiorno all'estero in caso di incapacità lavorativa	87	9.3	Erogazione di prestazioni	90
3.	Stipula dell'assicurazione	87	10.	Prestazioni di terzi	90
3.1	Condizioni di ammissione	87	10.1	Dipendenti e persone senza attività lucrativa	90
3.2	Certificato medico	87	10.2	Persone con attività lucrativa indipendente	90
3.3	Uscita dall'assicurazione collettiva	87			
3.4	Età AVS	87			
4.	Disdetta	87			
4.1	Disdetta straordinaria	87			
4.2	Altri motivi di risoluzione	87			
5.	Varianti assicurative proposte	87			
6.	Entità dell'assicurazione	87			
6.1	Ammontare dell'indennità giornaliera assicurata	87			
6.2	Base di calcolo delle indennità giornaliere	87			
6.3	Copertura massima	88			
6.4	Copertura contro gli infortuni	88			
6.5	Parto	88			
6.6	Inizio delle prestazioni e periodi di attesa	88			
6.7	Adeguamento dell'assicurazione	88			
7.	Prestazioni assicurative	88			
7.1	Condizioni per le prestazioni	88			
7.2	Entità delle prestazioni	88			
7.3	Durata delle prestazioni	89			
7.4	Limitazioni delle prestazioni	89			

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 lavorativa.

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 lavorativa indipendente, impiegati e persone senza attività lavorativa (casalinghe e casalinghi, persone in formazione e familiari che collaborano nell'impresa di famiglia senza un salario in contanti) possono essere ammessi 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 giornaliera dall'assicurazione contro la disoccupazione.

3.4 Età AVS

Le persone assicurate che continuano l'attività lavorativa anche dopo l'età AVS possono richiedere una prorogazione 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 lavorativa indipendente;
- b) trasferimento della sede aziendale all'estero, a eccezione del trasferimento nelle regioni estere confinanti;
- c) pensionamento; su richiesta è comunque possibile prorogare 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:

- a) se la persona assicurata si oppone ripetutamente e in maniera grave a disposizioni dell'assicuratore o a prescrizioni del medico;
 - b) 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 giornaliera

L'indennità giornaliera corrisponde a un trecentosessantacinquesimo della perdita di guadagno assicurata di un anno. Le indennità giornaliera 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 ne

gli 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 la 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:

- le conseguenze di infortuni e malattie professionali devono essere coperte da un altro assicuratore;
- la certificazione di un'incapacità lavorativa è stata rilasciata da un medico o da un chiropratico non riconosciuto dall'assicuratore;
- la persona assicurata percepisce o cerca di percepire prestazioni non legittimate in modo intenzionale;
- il grado di incapacità lavorativa della persona assicurata è inferiore al 25%;
- gli impiegati trascorrono un periodo di congedo non pagato e
- 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:

- la malattia o le conseguenze dell'infortunio sono solo una delle cause dell'incapacità lavorativa;
- la persona assicurata si oppone ripetutamente e in maniera grave a provvedimenti dell'assicuratore o a prescrizioni mediche;
- la persona assicurata si rifiuta di sottoporsi a una visita di controllo da un medico di fiducia richiesta dall'assicuratore;
- 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 giornaliera.

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 giornaliera

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 giornaliera in caso di parto

Le indennità giornaliera 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.

