

Assicurazione sanitaria Livo Top

Assicurazione malattie complementare secondo la LCA

Condizioni supplementari (CS) Edizione 01.2025

Le basi delle presenti Condizioni supplementari (CS) sono le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) per l'Assicurazione malattie complementare Livo della CSS Assicurazione SA (CSS) e la legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). Le CS regolano il

rapporto d'assicurazione a complemento delle CGA. In presenza di disposizioni divergenti le CS prevalgono sulle CGA. La CSS ha facoltà di modificare le CS con effetto all'inizio dell'anno civile secondo gli stessi motivi delle CGA (cfr. cifra 39.1 delle CGA).

Indice

1	Regole della copertura assicurativa	2
2	Prestazioni assicurate «Assicurazione sanitaria Livo Top»	2
3	Estensione del diritto alle prestazioni	6
4	Partecipazioni ai costi	6
5	Opzione upgrade	6
6	Ulteriori disposizioni	6
Allegato		7
Assicurazione di protezione giuridica del paziente e protezione giuridica all'estero		7

- 1 Regole della copertura assicurativa**
- 1.1 Nell'ambito del prodotto Assicurazione sanitaria Livo Top la persona assicurata può scegliere tra i due livelli assicurativi «Balance» e «Premium». Le prestazioni assicurate variano a seconda del livello assicurativo.
- 1.2 I neonati sono assicurati senza riserve nel livello assicurativo «Balance» dal giorno della nascita, a condizione che la proposta d'assicurazione firmata pervenga alla CSS al più tardi il giorno della nascita.
- 1.3 Il passaggio dall'Assicurazione sanitaria Livo Top Balance all'Assicurazione sanitaria Livo Top Premium richiede obbligatoriamente la presentazione di una dichiarazione sullo stato di salute e viene finalizzata solo se tale dichiarazione viene espressamente accettata dalla CSS.
- 1.4 In caso di maternità, la CSS eroga le stesse prestazioni previste in caso di malattia, purché nel giorno del parto la madre disponga di un'assicurazione complementare presso la CSS anche per malattia e maternità da almeno 365 giorni (periodo di differimento). In caso di esclusione della copertura assicurativa per maternità, la persona assicurata può richiederne l'inclusione in qualsiasi momento. Anche in questo caso si applica il periodo di differimento di 365 giorni.
- 1.5 La persona assicurata che ha escluso la copertura infortuni può richiederne l'inclusione in qualsiasi momento. L'inclusione richiede la presentazione di una dichiarazione sullo stato di salute e viene finalizzata solo se tale dichiarazione viene espressamente accettata dalla CSS.
- 1.6 In caso di prestazioni aggiuntive e complementari ai sensi delle cifre da 2.4.1 a 2.4.3 e 2.5.1, la garanzia di pagamento della CSS per il fornitore di prestazioni selezionato e le prestazioni selezionate deve essere a disposizione del fornitore di prestazioni al momento del ricovero. Nei casi d'emergenza, se ragionevole, è necessario richiedere immediatamente alla CSS la garanzia di pagamento per il fornitore di prestazioni selezionato e le prestazioni aggiuntive e complementari selezionate.

- 1.7 L'estensione della copertura assicurativa è riportata nelle tabelle alla cifra 2. Le prestazioni assicurate possono essere specificate negli elenchi di prestazioni e di fornitori di prestazioni. Vengono utilizzati i seguenti elenchi di prestazioni e di fornitori di prestazioni, modificabili unilateralmente dalla CSS:
- Medicamenti: preparati non assicurati (a complemento dell'EPFA), cifra 2.1.1
 - Mezzi ausiliari e dispositivi medici LCA, cifra 2.1.3
 - Elenco dei metodi e dei terapeuti di medicina alternativa, cifra 2.1.4
 - Offerte e offerenti salute psichica, cifra 2.1.5
 - Promozione della salute, cifra 2.1.6
 - Offerte di sostegno, cifra 2.1.7
 - Promozione della salute gravidanza e maternità, cifra 2.3.3
 - Interventi e trattamenti ambulatoriali, cifra 2.4.3
 - Fornitori di prestazioni interventi ambulatoriali, cifre 2.4.3 e 2.5.1
 - Fornitori di prestazioni ambito stazionario «Balance» e «Premium», cifre 2.4.3, 2.5.1 e 4.4
 - Comfort generale, cifra 2.5.2
 - Stabilimenti di cure balneari e case di cura, cifra 2.5.5
 - Innovazioni, cifra 2.6.6

- 2 Prestazioni assicurate «Assicurazione sanitaria Livo Top»**
- In caso di malattia, maternità o infortunio, la CSS eroga le prestazioni riportate di seguito nella tabella, tenendo conto della partecipazione ai costi e degli importi massimi indicati. La copertura di alcune prestazioni varia a seconda del livello assicurativo selezionato («Balance» o «Premium»).

	BALANCE	PREMIUM
2.1 Prestazioni generali		
2.1.1 Medicamenti	Medicamenti prescritti da un medico e scientificamente riconosciuti in Svizzera a prezzi di mercato (i cosiddetti medicamenti Hors Liste). Sono utilizzati per il trattamento di malattie e non sono inclusi nell'Elenco delle specialità (ES), nell'Elenco dei medicamenti con tariffa (EMT) o nell'Elenco dei preparati farmaceutici per applicazione speciale (EPFA). 75%, importo illimitato Eccezione: preparati che la CSS riporta in un elenco separato «Medicamenti: preparati non assicurati (a complemento dell'EPFA)» in aggiunta o al posto dell'EPFA e che non sono assunti o lo sono solo in parte dalla presente assicurazione.	
2.1.2 Mezzi ausiliari per la vista	Lenti di occhiali e lenti a contatto, se necessari per la correzione della vista Adulti: 100%, max CHF 200 per anno civile Bambini (fino alla fine dell'anno civile in cui compiono 18 anni): 100%, max CHF 200 per caso assicurativo	
2.1.3 Mezzi ausiliari e dispositivi medici	Mezzi ausiliari: mezzi ausiliari prescritti da un medico ai sensi dell'elenco delle prestazioni «Mezzi ausiliari e dispositivi medici LCA», utilizzati in particolare per l'esame o per il trattamento di una malattia e delle sue conseguenze (p. es. ausili per la deambulazione). Dispositivi medici: dispositivi medici prescritti da un medico e scientificamente riconosciuti a prezzi di mercato secondo l'elenco delle prestazioni «Mezzi ausiliari e dispositivi medici LCA». 90%, max CHF 1000 per anno civile	

	BALANCE	PREMIUM
2.1.4 Medicina alternativa	Trattamenti in caso di malattia, infortunio o maternità con metodi di medicina alternativa secondo l'«Elenco dei metodi e dei terapeuti di medicina alternativa» nonché gli agenti terapeutici di medicina alternativa riconosciuti e prescritti risp. dispensati, purché parte di un metodo riconosciuto.	
	75%, max CHF 10 000 per anno civile Franchigia adulti: CHF 300 per anno civile Franchigia bambini (fino alla fine dell'anno civile in cui compiono 18 anni): CHF 0 per anno civile	
2.1.5 Salute mentale	Trattamenti psicoterapeutici effettuati da un fornitore di prestazioni non riconosciuto dalla LAMal e riconosciuto dalla CSS secondo l'elenco dei fornitori di prestazioni «Offerte e offerenti salute psichica», nonché prestazioni psicoterapeutiche come le terapie digitali non incluse nel catalogo delle prestazioni secondo la LAMal.	
	75%, max CHF 1000 per anno civile	75%, max CHF 3000 per anno civile
2.1.6 Promozione della salute	Contributi alle offerte nell'ambito della promozione della salute e della prevenzione (p.es. per il fitness e l'attività fisica, l'alimentazione, il rilassamento, i programmi di auto-aiuto) secondo l'elenco delle prestazioni «Promozione della salute».	
	min 50%, max CHF 300 per anno civile	
2.1.7 Accompagnamento e sostegno	Ulteriori servizi e offerte nell'ambito del sostegno e dell'accompagnamento in caso di malattia (p. es. misure per alleviare i sintomi e il decorso della malattia, miglioramento della qualità della vita, monitoraggio) secondo l'elenco delle prestazioni «Offerte di sostegno».	
	min 50%, max CHF 1000 per anno civile	
2.1.8 Protezione giuridica per pazienti e all'estero	L'Assicurazione sanitaria Livo Top include la protezione giuridica per pazienti e la protezione giuridica all'estero in conformità alle Condizioni generali di assicurazione riportate in appendice alle presenti CS (sulla base della versione delle CGA 01.2025). L'organismo d'assicurazione dell'Assicurazione per la protezione giuridica per pazienti e all'estero è la Orion Assicurazione di protezione giuridica SA, Basilea (Orion). La Orion è una società anonima secondo il diritto svizzero. Qualora l'organismo d'assicurazione dell'Assicurazione di protezione giuridica per pazienti e di protezione giuridica all'estero dovesse cambiare, la CSS garantirà che la persona assicurata sia informata, che le venga offerta una copertura assicurativa comparabile e che i casi di sinistro in corso siano assunti. L'Assicurazione di protezione giuridica all'estero copre i casi giuridici all'estero nei settori del diritto in materia di risarcimento danni, del diritto contrattuale, del diritto assicurativo e del diritto penale e amministrativo.	
	100%, max CHF 250 000 per caso giuridico in Europa 100%, max CHF 50 000 per caso giuridico al di fuori dell'Europa	
2.2 Trattamenti dentari	La CSS eroga le prestazioni dentarie riportate di seguito. Qualora si disponga di altre assicurazioni complementari presso la CSS Assicurazione SA per le prestazioni dentarie, i costi saranno sempre coperti dall'Assicurazione sanitaria Livo Top a posteriori e non supereranno la differenza rispetto all'importo della fattura.	
2.2.1 Trattamenti dentari	Costi per trattamenti dentari fino alla fine dell'anno civile in cui si compiono 18 anni.	
	50%, max CHF 2000 per anno civile	
2.2.2 Ortodonzia	Costi per la correzione di anomalie della posizione dei denti (trattamenti di chirurgia maxillo-facciale e d'ortopedia dento-facciale, misure ortodontiche) fino alla fine dell'anno civile in cui si compiono 18 anni.	
	50%, max CHF 12 000 per anno civile	
2.2.3 Trattamento del dente del giudizio	Rimozione dei denti del giudizio a partire dall'inizio dell'anno civile in cui si compiono 19 anni (compresi anestesia, radiografie necessarie e trattamenti successivi).	
	50%, max CHF 2000 per anno civile	
2.3 Prestazioni per maternità (gravidanza e parto)	In caso di maternità, la CSS eroga le seguenti prestazioni dopo la scadenza del periodo di differimento secondo la cifra 1.4:	
2.3.1 Ecografie e visite di controllo	Tutte le ecografie e tutti gli altri esami di controllo consigliati da un medico che non sono assunti secondo la LAMal.	
	90%, importo illimitato	
2.3.2 Parto in una casa per partorienti, a domicilio oppure in ambulatorio	Un forfait per le spese mediche del parto viene corrisposto alla madre in caso di parto in una casa per partorienti al di fuori dell'Elenco ospedaliero del Cantone di domicilio, a domicilio oppure ambulatoriale. La madre è tenuta a fare richiesta alla CSS per ottenere il forfait per il parto, presentando il certificato di nascita.	
	CHF 500 forfait per il parto di ogni figlio	
2.3.3 Promozione della salute in gravidanza e durante la maternità	Ulteriori prestazioni per la promozione della salute di genitori e neonati durante e dopo la gravidanza secondo l'elenco delle prestazioni «Promozione della salute gravidanza e maternità».	
	min 50%, max CHF 300 per anno civile. Un'indennità d'allattamento di CHF 200 per figlio verrà versata alla madre che dimostri di aver allattato per almeno 30 giorni.	

	BALANCE	PREMIUM
2.4 Prestazioni in caso di degenza stazionaria o intervento e cura ambulatoriali	La CSS fornisce prestazioni in caso di malattia, maternità o infortunio nei seguenti ambiti, la cui copertura varia a seconda del livello assicurativo scelto secondo la cifra 1.1 «Balance» o «Premium».	
2.4.1 Costi ospedalieri per il reparto comune in tutta la Svizzera	Costi nel reparto comune degli ospedali in tutta la Svizzera che hanno un mandato di prestazione cantonale per i trattamenti in questione, ma che hanno una tariffa di riferimento (p. es. baserate) più alta di quella del Cantone di domicilio (i cosiddetti trattamenti programmati extracantionali in ospedali dell'elenco secondo la LAMal).	
	100%, importo illimitato	
2.4.2 Ulteriori costi ospedalieri	Quotaparte cantonale ai sensi della LAMal per trattamenti per i quali l'ospedale non dispone di un mandato di prestazione cantonale. Quotaparte cantonale ai sensi della LAMal per trattamenti per i quali l'ospedale dispone di un mandato di prestazione cantonale; il Cantone non rimborsa però il suo contributo ai sensi della LAMal. Tali prestazioni sono coperte unicamente se il fornitore di prestazioni è riconosciuto dalla CSS.	
	100%, importo illimitato	
	Partecipazione ai costi a seconda della variante selezionata di cui alla cifra 4.2 e con altri fornitori di prestazioni di cui alla cifra 4.4.	
2.4.3 Prestazioni mediche e cliniche aggiuntive e complementari	Accesso a tutti i medici raccomandati per il decorso del trattamento (libera scelta del medico, compresi i medici accreditati), nonché alle relative prestazioni mediche e cliniche aggiuntive e complementari durante la degenza stazionaria o il trattamento ambulatoriale (secondo l'elenco delle prestazioni «Interventi e trattamenti ambulatoriali»).	
	100%, importo illimitato in caso di fornitori di prestazioni dell'elenco dei «Fornitori di prestazioni ambito stazionario «Balance»» o dell'elenco dei «Fornitori di prestazioni interventi ambulatoriali»	100%, importo illimitato in caso di fornitori di prestazioni dell'elenco dei «Fornitori di prestazioni ambito stazionario «Premium»» o dell'elenco dei fornitori di prestazioni «Interventi ambulatoriali»
	Partecipazione ai costi a seconda della variante selezionata di cui alla cifra 4.2 e con altri fornitori di prestazioni di cui alla cifra 4.4.	Partecipazione ai costi a seconda della variante selezionata di cui alla cifra 4.2 e con altri fornitori di prestazioni di cui alla cifra 4.4.
	Limitazione per le strutture di riabilitazione e psichiatria: max 90 giorni ciascuna per anno civile	Limitazione per le strutture di riabilitazione e psichiatria: max 180 giorni ciascuna per anno civile
2.5 Prestazioni di comfort	La CSS eroga prestazioni di comfort in caso di infortunio, malattia o maternità negli ambiti indicati di seguito. La copertura varia a seconda del livello assicurativo scelto secondo la cifra 1.1 «Balance» o «Premium».	
2.5.1 Servizi alberghieri e comfort	Prestazioni mediche e cliniche aggiuntive e complementari nell'ambito dei servizi alberghieri e del benessere (in base all'offerta o al piano di prestazioni aggiuntive del fornitore di prestazioni) durante la degenza stazionaria o i trattamenti ambulatoriali (secondo l'elenco delle prestazioni «Interventi e trattamenti ambulatoriali»). La persona assicurata è libera di scegliere le prestazioni aggiuntive e complementari offerte dal fornitore di prestazioni di cui desidera avvalersi.	
	Prestazioni in caso di fornitori di prestazioni dell'elenco dei «Fornitori di prestazioni ambito stazionario «Balance»» risp. dell'elenco dei «Fornitori di prestazioni interventi ambulatoriali»	Prestazioni in caso di fornitori di prestazioni dell'elenco dei «Fornitori di prestazioni ambito stazionario «Premium»» risp. dell'elenco dei «Fornitori di prestazioni interventi ambulatoriali»
	Partecipazione ai costi a seconda della variante selezionata di cui alla cifra 4.2 e con altri fornitori di prestazioni di cui alla cifra 4.4.	Partecipazione ai costi a seconda della variante selezionata di cui alla cifra 4.2 e con altri fornitori di prestazioni di cui alla cifra 4.4.
	Limitazione per le strutture di riabilitazione e psichiatria: max 90 giorni ciascuna per anno civile	Limitazione per le strutture di riabilitazione e psichiatria: max 180 giorni ciascuna per anno civile
2.5.2 Comfort generale	Prestazioni di comfort (p. es. servizi durante il viaggio o relativi ai pasti, secondo l'elenco delle prestazioni «Comfort generale») per una degenza stazionaria o per un intervento o un trattamento ambulatoriale (secondo l'elenco delle prestazioni «Interventi e trattamenti ambulatoriali»).	
	min 50%, max CHF 500 per anno civile (max CHF 500 per caso)	min 50%, max CHF 1000 per anno civile (max CHF 500 per caso)

	BALANCE	PREMIUM		
2.5.3 Aiuto a domicilio	<p>Aiuto a domicilio prescritto dal medico se la persona assicurata è completamente incapace di occuparsi della casa, se il bisogno è individuato per sé, per la famiglia o per la sua economia domestica e se l'aiuto è fornito da una persona che non è un parente prossimo della persona assicurata.</p> <p>max CHF 80 al giorno, max CHF 3000 per anno civile (nei 21 giorni dopo il parto senza prescrizione medica).</p>			
2.5.4 Rooming-in	<p>Costi di alloggio di una persona accompagnatrice durante una degenza stazionaria (ospedale per casi acuti, riabilitazione, psichiatria) della persona assicurata.</p> <p>max CHF 120 al giorno, max CHF 3000 per anno civile</p>			
2.5.5 Cure balneari e di convalescenza	<p>Cure balneari: spese per stabilimenti di cure balneari secondo l'elenco dei fornitori di prestazioni «Stabilimenti di cure balneari e case di cura», a condizione che sia disponibile una prescrizione medica (costi al netto di eventuali prestazioni della LAMal).</p> <p>Cure di convalescenza: costi di degenza in case di cura secondo l'elenco dei fornitori di prestazioni «Stabilimenti di cure balneari e case di cura», a seguito di una degenza stazionaria o di un intervento o un trattamento ambulatoriale (secondo l'elenco delle prestazioni «Interventi e trattamenti ambulatoriali»), a condizione che sia disponibile la prescrizione del medico.</p> <p>max CHF 120 al giorno, max CHF 3000 per anno civile Le cure di convalescenza devono iniziare entro dieci giorni dalla data di dimissione.</p>			
2.6 Ulteriori prestazioni	<p>La CSS fornisce prestazioni in caso di malattia, maternità o infortunio nei seguenti ambiti, la cui copertura varia a seconda del livello assicurativo scelto secondo la cifra 1.1 «Balance» o «Premium».</p>			
2.6.1 Trattamenti programmati all'estero	<p>Esami diagnostici e trattamenti medici all'estero, dopo che la CSS ha concesso la garanzia dei costi. Sono escluse prestazioni di medicina alternativa, trattamenti estetici, psichiatrici nonché tutti i trattamenti non riconosciuti dalla LAMal.</p> <table border="1"> <tr> <td>Nessuna prestazione</td> <td>Regime ambulatoriale: 75%, max CHF 250 000 per anno civile Regime stazionario: 75%, max CHF 500 000 per anno civile</td> </tr> </table>		Nessuna prestazione	Regime ambulatoriale: 75%, max CHF 250 000 per anno civile Regime stazionario: 75%, max CHF 500 000 per anno civile
Nessuna prestazione	Regime ambulatoriale: 75%, max CHF 250 000 per anno civile Regime stazionario: 75%, max CHF 500 000 per anno civile			
2.6.2 Correzione chirurgica della vista	<p>Contributo per interventi oftalmologici per prestazioni non incluse nel catalogo delle prestazioni della LAMal.</p> <p>90%, max CHF 1000 per persona assicurata</p>			
2.6.3 Trattamenti estetici	<p>Correzioni della posizione delle orecchie: in regime ambulatoriale e stazionario fino alla fine dell'anno civile in cui si compiono 18 anni.</p> <p>Correzione di cicatrici, trattamento delle vene varicose, liposuzione addominale: in regime ambulatoriale o stazionario a partire dall'inizio dell'anno civile in cui si compiono 19 anni.</p> <table border="1"> <tr> <td>75%, max CHF 2000 per anno civile</td> <td>75%, max CHF 4000 per anno civile</td> </tr> </table>		75%, max CHF 2000 per anno civile	75%, max CHF 4000 per anno civile
75%, max CHF 2000 per anno civile	75%, max CHF 4000 per anno civile			
2.6.4 Sterilizzazione	<p>Sterilizzazione di uomini e donne in regime ambulatoriale o stazionario.</p> <p>Regime ambulatoriale: 90%, max CHF 2000 per caso assicurativo Regime stazionario: 90%, max CHF 4000 per caso assicurativo</p>			
2.6.5 Trattamenti ambulatoriali da parte di medici in ricusa	<p>Trattamenti ambulatoriali da parte di medici con diploma federale che secondo l'art. 44 cpv. 2 LAMal rifiutano di offrire prestazioni nell'ambito dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie. Sono escluse le prestazioni di medicina complementare, trattamenti estetici, nonché tutti i rimanenti trattamenti non riconosciuti dalla LAMal.</p> <table border="1"> <tr> <td>Nessuna prestazione</td> <td>90%, max CHF 5000 per anno civile</td> </tr> </table>		Nessuna prestazione	90%, max CHF 5000 per anno civile
Nessuna prestazione	90%, max CHF 5000 per anno civile			
2.6.6 Forme di cura e trattamenti innovativi	<p>Contributi per prodotti, servizi e terapie innovative, nonché forme di assistenza medica secondo l'elenco delle prestazioni e dei fornitori di prestazioni «Innovazioni» a sostegno di un trattamento. La CSS verifica regolarmente offerte e prodotti innovativi nonché fornitori di prestazioni, aggiornando di conseguenza l'elenco.</p> <table border="1"> <tr> <td>min 50%, max CHF 1000 per anno civile</td> <td>min 50%, max CHF 3000 per anno civile</td> </tr> </table>		min 50%, max CHF 1000 per anno civile	min 50%, max CHF 3000 per anno civile
min 50%, max CHF 1000 per anno civile	min 50%, max CHF 3000 per anno civile			
2.6.7 Cure a domicilio	<p>Cure a domicilio se è richiesta l'assistenza di una persona curante su compenso. Per persona curante si intende anche chi vive con la persona assicurata nella stessa economia domestica. Le prestazioni devono essere richieste tramite il formulario «Conteggio aiuto domestico/cure a domicilio». La CSS può richiedere una prescrizione medica.</p> <table border="1"> <tr> <td>Max CHF 50 al giorno, max CHF 500 per anno civile</td> <td>Max CHF 100 al giorno, max CHF 1000 per anno civile</td> </tr> </table>		Max CHF 50 al giorno, max CHF 500 per anno civile	Max CHF 100 al giorno, max CHF 1000 per anno civile
Max CHF 50 al giorno, max CHF 500 per anno civile	Max CHF 100 al giorno, max CHF 1000 per anno civile			
2.6.8 Atti temerari	<p>Costi di tutte le prestazioni regolamentate nelle presenti CS in caso di malattia e infortunio conseguenti ad atti temerari (cfr. cifra 26.2 lett. i delle CGA).</p> <table border="1"> <tr> <td>Nessuna prestazione</td> <td>Max CHF 250 000 per anno civile</td> </tr> </table>		Nessuna prestazione	Max CHF 250 000 per anno civile
Nessuna prestazione	Max CHF 250 000 per anno civile			

3 Estensione del diritto alle prestazioni

- 3.1 Le prestazioni erogate vengono computate alla somma delle prestazioni assicurate per anno civile secondo le tariffe riconosciute dalla CSS. A tal fine risulta determinante la data del trattamento. La CSS riconosce le tariffe nell'ambito degli accordi contrattuali negoziati con i rispettivi fornitori di prestazioni. In assenza di accordi contrattuali con un fornitore di prestazioni, la CSS ha facoltà di riconoscere una tariffa adeguata rispetto al mercato o secondo criteri oggettivi (tariffa massima). Un'eventuale applicazione di tariffe massime sarà opportunamente indicata negli elenchi CSS. Su richiesta, la persona assicurata verrà informata delle tariffe massime esistenti.
- 3.2 Eventuali costi sostenuti dopo l'esaurimento della somma delle prestazioni assicurate non possono essere trasferiti all'anno successivo. In caso di mancato utilizzo totale della somma delle prestazioni assicurate, la parte non utilizzata non può essere trasferita all'anno successivo.
- 3.3 Verranno rimborsati al massimo i costi effettivamente sostenuti.
- 3.4 La CSS si riserva il diritto di escludere i fornitori di prestazioni dalla fornitura di prestazioni qualora la tariffa non sia appropriata rispetto al mercato o secondo criteri oggettivi (cfr. cifra 40.4 delle CGA) o se i servizi non vengono forniti in modo professionale. Sono determinanti gli elenchi CSS validi al momento del trattamento. Gli elenchi attualmente validi dei fornitori di prestazioni riconosciuti sono pubblicati sul sito web della CSS ed è possibile richiederli direttamente alla CSS.
- 3.5 Le prestazioni nell'ambito del comfort generale (cifra 2.5.2) vengono rimborsate per degenze stazionarie fino a un massimo di 21 giorni e per trattamenti ambulatoriali fino a un massimo di tre giorni dopo la dimissione. Non sono coperte le fatture relative a prestazioni fornite da familiari o amici. Eccezione: persone che vivono nella stessa economia domestica della persona assicurata e che subiscono una perdita di guadagno dimostrabile a causa della fornitura di prestazioni.

4 Partecipazioni ai costi

- 4.1 Le partecipazioni ai costi si basano generalmente sull'estensione delle prestazioni, come riportato nella tabella delle prestazioni assicurate Assicurazione sanitaria Livo Top (cifra 2).
- 4.2 Nell'ambito del prodotto Assicurazione sanitaria Livo Top la persona assicurata può scegliere tra tre varianti di partecipazioni ai costi, secondo quanto indicato nelle cifre 2.4.2, 2.4.3 e 2.5.1:
- | | |
|------------|-------------------------------------|
| Variante 1 | CHF 0 |
| Variante 2 | 25%, max CHF 5000 per anno civile |
| Variante 3 | 50%, max CHF 10 000 per anno civile |
- Si applica la variante di partecipazione ai costi indicata nella polizza.
- 4.3 La persona assicurata può richiedere in qualsiasi momento un passaggio a un'altra variante di partecipazione ai costi. È possibile passare a una variante con partecipazione ai costi inferiore come indicato alla cifra 4.2, previa consegna e accettazione di una dichiarazione sullo stato di salute con effetto all'inizio del mese successivo all'accettazione. In mancanza di una dichiarazione sullo stato di salute o in assenza di accettazione senza riserve da parte della CSS, il passaggio avverrà solo con effetto all'inizio dell'anno civile successivo a quello in cui è stata presentata la domanda.
- 4.4 Se la persona assicurata si fa curare da un fornitore di prestazioni che non figura nell'elenco Fornitori di prestazioni ambito stazionario del livello assicurativo «Balance» o «Premium» scelto, accetta una partecipazione ai costi più elevata per le prestazioni di cui alle cifre 2.4.2, 2.4.3 e 2.5.1. L'importo della partecipazione ai costi da sostenere è riportato nella tabella seguente. L'elenco dei fornitori di prestazioni perde validità in presenza di un caso d'emergenza.

		FORNITORE DI PRESTAZIONI SECONDO L'ELENCO DEI LIVELLI ASSICURATIVI		LIBERA SCELTA DEL FORNITORE DI PRESTAZIONI
		BALANCE	PREMIUM	
LIVELLO ASSICURATIVO SCELTO	BALANCE	Copertura: 100%, illimitata	Partecipazione ai costi: 75% fino max CHF 10 000 per anno civile	Partecipazione ai costi min 75 % La CSS eroga max CHF 1500/notte
	PREMIUM		Copertura: 100%, illimitata	Partecipazione ai costi min 75 % La CSS eroga max CHF 1500/notte

5 Opzione upgrade

La CSS concede la possibilità di aggiungere l'opzione upgrade a questa assicurazione malattie complementare ai sensi della cifra 41 delle CGA.

Il passaggio a un gruppo d'età superiore può comportare un adeguamento dei premi. Normalmente, i premi aumentano con l'età.

6 Ulteriori disposizioni

La persona assicurata viene assegnata al gruppo d'età secondo la cifra 18.2 delle CGA in base all'età attuale. L'età che la persona assicurata compie il giorno del compleanno dell'anno civile in corso è determinante per l'assegnazione al gruppo d'età all'inizio dell'assicurazione.

Allegato: Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Assicurazione di protezione giuridica del paziente e protezione giuridica all'estero

Condizioni complementari all'Assicurazione sanitaria Livo Top
Edizione 01.2025

Indice

Introduzione	8
I Disposizioni generali	8
1 Persone assicurate	8
2 Durata dell'assicurazione	8
3 Validità territoriale	8
4 Prestazioni assicurate	8
5 Limitazioni delle prestazioni	8
6 Casi giuridici generalmente non assicurati	8
7 Diritto applicabile e foro competente	8
II Disposizioni per l'Assicurazione di protezione giuridica del paziente	9
8 Casi giuridici assicurati	9
9 Casi giuridici non assicurati	9
III Disposizioni per l'Assicurazione di protezione giuridica all'estero	9
10 Eventi assicurati	9
11 Casi giuridici assicurati	9
12 Casi giuridici non assicurati	9
IV Disposizioni in caso di insorgenza di un caso giuridico	10
13 Notifica di un caso giuridico	10
14 Liquidazione di un caso giuridico	10
15 Divergenze d'opinione	10

Introduzione

Condizioni generali d'assicurazione della Orion Assicurazione di protezione giuridica Basilea (Orion) quale organismo d'assicurazione dell'Assicurazione di protezione giuridica del paziente e protezione giuridica all'estero nell'ambito dell'Assicurazione sanitaria Livo Top della CSS Assicurazione SA (CSS).

I Disposizioni generali

1 Persone assicurate

Sono persone assicurate tutti coloro che hanno stipulato l'Assicurazione sanitaria Livo Top. In caso di decesso di una persona assicurata in seguito alle circostanze che hanno portato all'evento assicurato, i successori legali e le altre persone aventi diritto a seguito al decesso della persona assicurata sono assicurati per quanto concerne la protezione giuridica.

2 Durata dell'assicurazione

2.1 La protezione giuridica è garantita per le controversie che insorgono durante il periodo di validità dell'Assicurazione sanitaria Livo Top, a condizione che anche la necessità di protezione giuridica sia sorta durante tale periodo di validità.

2.2 Il caso si considera avvenuto:

- a) **Diritto in materia di risarcimento danni**
al momento in cui è stato provocato il danno;
- b) **Diritto penale e amministrativo**
al momento dell'effettiva o presunta violazione della legge penale;
- c) **Diritto assicurativo**
al primo verificarsi del danno alla salute che determina l'incapacità lavorativa o l'invalidità; in tutti gli altri casi: al verificarsi dell'evento che determina il diritto nei confronti dell'assicurazione;
- d) **In tutti gli altri casi**
al momento dell'effettiva o presunta violazione di norme giuridiche o di obblighi contrattuali, fatto salvo il caso in cui la persona assicurata sia già in grado di riconoscere in anticipo l'insorgere di controversie legali. In quest'ultimo caso, è determinante il momento della riconoscibilità.

3 Validità territoriale

3.1 L'assicurazione è valida in tutto il mondo nell'ambito delle seguenti condizioni contrattuali. L'Assicurazione di protezione giuridica all'estero è valida solo al di fuori della Svizzera. Il Principato del Liechtenstein è considerato estero. In caso di viaggi aerei, la copertura entra in vigore o cessa di essere valida nel momento in cui si passa la dogana dell'aeroporto svizzero.

3.2 In caso di controversie relative all'assicurazione di protezione giuridica concernente il contratto di viaggio, alla protezione giuridica scolastica o alla protezione giuridica della carta di credito di cui alla cifra 11.2 lett. b)-d), l'assicurazione è valida solo se il foro competente è in Svizzera e se è applicabile il diritto svizzero.

3.3 Laddove nelle presenti Condizioni generali d'assicurazione si fa riferimento all'Europa, il riferimento è all'Europa geografica fino agli Urali e ai Paesi che si affacciano sul Mediterraneo.

4 Prestazioni assicurate

La Orion assume le seguenti prestazioni fino a un importo massimo di CHF 250 000 per evento (risp. CHF 50 000 per evento in caso di casi giuridici al di fuori dell'Europa):

- elaborazione del caso giuridico da parte della Orion;
- onorario di un avvocato, di un consulente legale o di un mediatore;
- costi per perizie;
- spese giudiziarie o altre spese procedurali a carico della persona assicurata, compresi gli anticipi;
- costi e tasse imposti alla persona assicurata nell'ordinanza di multa; la multa deve però essere pagata dalla persona assicurata stessa;
- indennità processuale imposta alla persona assicurata nei confronti della controparte, comprese le prestazioni di garanzia;
- l'incasso di una pretesa a cui la persona assicurata ha diritto in seguito a un caso assicurato fino all'emissione di un attestato provvisorio o definitivo di carenza beni, di un'istanza di moratoria concordataria o di una comminatoria di fallimento;
- anticipo della cauzione penale dopo un infortunio per evitare la detenzione preventiva.

5 Limitazioni delle prestazioni

5.1 In generale non è assicurato il pagamento di:

- costi e onorari che terzi sono obbligati a sostenere o a carico di un responsabile o di un assicuratore di responsabilità civile; in questi casi la Orion corrisponderà solo degli anticipi;
- costi e onorari in caso di procedure di fallimento e concordato, nonché nei procedimenti di opposizione, contestazione e rivendicazione;
- costi di traduzione e viaggio sostenuti dalla persona assicurata.

5.2 Tutte le controversie riconducibili alla stessa causa o correlate direttamente o indirettamente al medesimo evento sono considerati un unico caso giuridico. La somma assicurata viene versata una sola volta per ogni caso giuridico, indipendentemente dal fatto che siano coinvolti più ambiti giuridici. Le prestazioni di garanzia e gli anticipi vengono compensati integralmente con la somma assicurata. Gli anticipi e le prestazioni di garanzia devono essere restituiti alla Orion.

5.3 Qualora un evento concerna più persone assicurate con contratti diversi, la Orion è autorizzata a limitare le prestazioni alla tutela degli interessi extragiudiziali fino a quando un processo modello sarà stato effettuato da avvocati selezionati dalla Orion.

6 Casi giuridici generalmente non assicurati

Non sono assicurati (tutte le esclusioni prevalgono sulle disposizioni di cui alle cifre 8, 10 e 11):

- tutti i casi giuridici non espressamente indicati come assicurati nelle cifre 8 e 11;
- la difesa da richieste di risarcimento danni extracontrattuali da parte di terzi (il rigetto di tali richieste è di competenza di un'eventuale assicurazione di responsabilità civile);
- casi correlati a guerre, disordini, scioperi o blocchi e in qualità di partecipante a risse o colluttazioni;
- casi contro la Orion e la CSS, i relativi organi e collaboratori.

7 Diritto applicabile e foro competente

7.1 Salvo diversamente specificato nelle presenti Condizioni generali d'assicurazione, si applica il diritto svizzero, nella fattispecie la legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908 e gli artt. 161 e segg. dell'ordinanza

sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione private del 9 novembre 2005.

7.2 In caso di controversie tra una persona assicurata e la Orion derivanti dal presente contratto, la Orion riconosce come foro competente il luogo di domicilio svizzero della persona assicurata. In assenza di domicilio in Svizzera, il foro competente è quello di Basilea.

II Disposizioni per l'Assicurazione di protezione giuridica del paziente

8 Casi giuridici assicurati

In relazione al trattamento medico a seguito di una malattia e/o di un infortunio, la Orion assicura la tutela degli interessi legali della persona assicurata in caso di controversie dovute a errori di diagnosi e di trattamento con i fornitori di prestazioni riconosciuti dalla CSS e con i loro assicuratori di responsabilità civile.

9 Casi giuridici non assicurati

Non sono assicurate controversie:

- in relazione ai postumi di malattie e/o agli infortuni esclusi dalla copertura della CSS;
- in relazione a trattamenti psichiatrici e psicoterapeutici;
- in relazione a trattamenti non riconosciuti dalla CSS;
- in relazione a onorari e fatture dei fornitori di prestazioni;
- con altre assicurazioni della persona assicurata e con le istituzioni di assicurazione sociale;
- casi di cui alla cifra 6.

III Disposizioni per l'Assicurazione di protezione giuridica all'estero

10 Eventi assicurati

La Orion garantisce alla persona assicurata la protezione giuridica nei seguenti ambiti:

10.1 Eventi nel traffico

Durante il viaggio di andata e ritorno come pure durante il soggiorno per vacanze o per studio all'estero, in qualità di: conducente, detentore o proprietario del veicolo usato e locatario di veicoli a noleggio all'estero; pedone, ciclista, motociclista o passeggero in qualsiasi mezzo di trasporto.

10.2 Eventi al di fuori del traffico

Durante il viaggio di andata e ritorno come pure durante il soggiorno per vacanze o ragioni di studio all'estero:

- in caso di danni a persone e/o cose (cfr. cifra 11.1);
- in caso di controversie derivanti da contratti di riparazione e noleggio (cfr. cifra 11.2 lett. a);
- in caso di controversie derivanti da contratti di viaggio (cfr. cifra 11.2 lett. b);
- in caso di pratica di hobby o attività sportive amatoriali durante il soggiorno per vacanze o per studio all'estero;
- in caso di frequenza di una scuola all'estero (cfr. cifra 11.2 lett. c);
- in caso di utilizzo di carte di credito (cfr. cifra 11.2 lett. d).

11 Casi giuridici assicurati

11.1 Diritto in materia di risarcimento danni

Rivendicazione di richieste di risarcimento danni extracontrattuali per danni materiali e alle persone causati da un evento nel traffico o al di fuori di esso, nonché delle perdite finanziarie direttamente conseguenti. I casi in relazione a delitti contro l'onore non sono assicurati.

11.2 Diritto contrattuale

a) Protezione giuridica per contratti concernenti i veicoli

Rappresentanza in controversie derivanti da contratti di riparazione e noleggio relativi al veicolo utilizzato durante il viaggio (esclusi gli aerei). Sono escluse le controversie derivanti da contratti di acquisto e leasing.

b) Protezione giuridica concernente il contratto di viaggio

Rappresentanza in controversie derivanti da contratti di viaggio con un'agenzia viaggi con sede in Svizzera.

c) Protezione giuridica scolastica

Rappresentanza in controversie derivanti da contratti stipulati con istituti scolastici all'estero.

d) Protezione giuridica delle carte di credito

Rappresentanza in controversie con una società di carte di credito con sede in Svizzera, fatto salvo il caso in cui la controversia riguardi una violazione degli obblighi previsti dal contratto della carta di credito.

11.3 Protezione giuridica assicurativa

Rappresentanza per controversie con istituti d'assicurazione privati o pubblici con concessione in Svizzera, in relazione con un infortunio all'estero. La protezione giuridica è prevista anche per le controversie con le compagnie d'assicurazione estere derivanti dal noleggio di veicoli a motore (ad eccezione degli aeromobili) e di attrezzature sportive non motorizzate per hobby (per le limitazioni cfr. la cifra 12).

11.4 Protezione giuridica penale e amministrativa

Rappresentanza in procedimenti penali e amministrativi davanti a tribunali penali o di polizia esteri e davanti alle autorità a seguito di accuse di violazione colposa della legislazione estera.

12 Casi giuridici non assicurati

Sono esclusi dall'assicurazione:

- richieste di risarcimento danni derivanti da furto, sottrazione, perdita di beni e uso improprio di carte di credito;
- casi in cui il conducente utilizza un veicolo non autorizzato all'uso su strade pubbliche, non è autorizzato a guidare il veicolo, non ha una patente di guida valida o conduce un veicolo privo di targa valida;
- casi legati alla partecipazione attiva a corse e competizioni motoristiche, compreso l'allenamento;
- casi di proprietari/detentori di veicoli ad uso commerciale quali taxi, pullman, furgoni per le consegne e autocarri, veicoli per la scuole guida ecc.;
- casi che prevedono l'accusa di aver superato il limite di velocità di almeno 30 km/h all'interno delle località, di almeno 40 km/h al di fuori delle località e sulle semiautostrade, e di almeno 50 km/h sulle autostrade;
- casi relativi ai seguenti eventi se recidivi: accusa di guida in stato di incapacità di guidare perché sotto l'effetto di alcol, farmaci o droghe, nonché di non aver fornito un campione di sangue. In caso di prima infrazione, le prestazioni saranno ridotte;
- casi di proprietari, detentori o conducenti di natanti o aeromobili. Tale esclusione non si applica a controversie derivanti da contratti di noleggio di natanti;
- casi di cui alla cifra 6.

IV Disposizioni in caso di insorgenza di un caso giuridico

13 Notifica di un caso giuridico

- 13.1 La persona assicurata segnala il sinistro alla CSS il prima possibile. In caso di ricorso alla protezione giuridica la CSS, previa verifica delle condizioni di copertura, inoltrerà immediatamente il caso alla Orion, che contatterà direttamente la persona assicurata. Qualora si renda necessaria una protezione giuridica all'estero, è necessario informare immediatamente il centralino d'emergenza della CSS.
- 13.2 Se la persona assicurata incarica un avvocato, un consulente legale o un mediatore senza il consenso della Orion, i costi sostenuti prima della garanzia di pagamento sono assicurati solo per un importo massimo di CHF 500. Eventuali accordi relativi agli onorari richiedono il consenso preventivo della Orion. Se è concordato con l'avvocato un compenso per un esito positivo del contenzioso, la Orion non è tenuta a corrispondere l'importo.

14 Liquidazione di un caso giuridico

- 14.1 La Orion determina la linea d'azione da seguire a favore della persona assicurata. Conduce le trattative nel tentativo di risolvere la questione amichevolmente e, laddove opportuno, propone una mediazione. La Orion decide se occorre un avvocato o un mediatore, o se si deve richiedere una perizia.
- 14.2 La Orion garantisce alla persona assicurata la libera scelta dell'avvocato nel caso in cui si debba nominare un rappresentante per i procedimenti giudiziari o amministrativi e in caso di conflitto di interessi. In caso di successiva revoca del mandato, la persona assicurata è tenuta a farsi carico dei costi aggiuntivi che ne derivano. La Orion ha il diritto di rifiutare un avvocato proposto dalla persona assicurata. La persona assicurata ha pertanto facoltà di indicare tre avvocati di diversi studi legali, tra i quali la Orion selezionerà quello da nominare. Qualora la persona assicurata si rivolga comunque all'avvocato rifiutato o non indichi altri avvocati, la Orion non è tenuta ad assumere le prestazioni. Il rifiuto di un avvocato non dev'essere giustificato.
- 14.3 La persona assicurata è tenuta a fornire alla Orion le informazioni e le procure necessarie. Tutta la documentazione relativa al caso, quali verbali di multa, ordini di comparizione, sentenze, corrispondenza ecc., deve essere trasmessa immediatamente alla Orion. In caso di nomina di un avvocato, la persona assicurata deve autorizzarlo a tenere informata la Orion sull'evoluzione del caso e, nella fattispecie, a fornire a quest'ultima la documentazione necessaria per valutare la copertura assicurativa o le prospettive del contenzioso. Se la persona assicurata contravviene a tali obblighi di collaborazione nonostante l'ingiunzione della Orion, quest'ultima fisserà un termine ragionevole, pena la perdita del diritto alle prestazioni.
- 14.4 La persona assicurata può concludere transazioni che comportano obblighi a carico della Orion solo previo consenso della stessa.
- 14.5 Eventuali risarcimenti processuali o di parte, assegnati alla persona assicurata (in sede giudiziale o extra giudiziale), spettano alla Orion nei limiti dell'importo massimo delle prestazioni erogate.

15 Divergenze d'opinione

- 15.1 In presenza di divergenze di opinione sul modo di procedere in un caso giuridico coperto o sulle prospettive di successo dello stesso, la Orion esprime immediatamente per iscritto la propria opinione giuridica, informando contestualmente la persona assicurata del proprio diritto di avviare una procedura arbitrale entro 20 giorni. La mancata richiesta di una procedura arbitrale da parte della persona assicurata entro tale termine è da considerarsi una rinuncia. Una volta ricevuta la comunicazione scritta con l'indicazione delle motivazioni, la persona assicurata è tenuta ad adottare tutte le misure necessarie per tutelare i propri interessi. In questo caso, la Orion non è da ritenersi responsabile delle conseguenze di una rappresentanza inadeguata degli interessi, in particolare dei termini non rispettati. I costi della procedura arbitrale devono essere pagati in anticipo, in ragione di metà ciascuna dalle parti, e vanno a carico della parte soccombente. Se una delle parti non versa l'anticipo delle spese, significa che riconosce la presa di posizione della controparte.
- 15.2 Le parti nominano congiuntamente un arbitro unico. La procedura si limita a un unico scambio di scritti, in cui figurano il motivo delle richieste e un elenco dei mezzi di prova delle parti e in base ai quali l'arbitro prenderà la sua decisione. Per i restanti casi si applicano le disposizioni relative al concordato sulla giurisdizione arbitrale.
- 15.3 Qualora la persona assicurata intenda a proprie spese un'azione legale in caso di rifiuto dell'obbligo di versare prestazioni e ottenga una sentenza più favorevole rispetto alla soluzione scritta fornitagli dalla Orion o al risultato della procedura arbitrale, la Orion si assume i costi sostenuti come se avesse acconsentito alla procedura.



Orion
Assicurazione di protezione
giuridica SA, Basilea
Tel. 061 285 27 27
www.orion.ch
info@orion.ch

