

Condizioni generali dell'assicurazione contro gli infortuni individuale SafetyPro

Edizione 01.03.2023

Indice

A. Generalità

- Art. 1** Basi giuridiche del contratto
- Art. 2** Scopo dell'assicurazione
- Art. 3** Persone assicurate
- Art. 4** Validità territoriale

B. Estensione dell'assicurazione

- Art. 5** Inizio e fine del contratto
- Art. 6** Inizio e fine della copertura d'assicurazione
- Art. 7** Disdetta su sinistro

C. Prestazioni

- Art. 8** Spese di trattamento (prestazioni per cure e rimborso delle spese)
- Art. 9** Indennità giornaliera d'ospedalizzazione
- Art. 10** Indennità giornaliera
- Art. 11** Invalidità
- Art. 12** Capitale in caso di decesso
- Art. 13** Prestazioni all'età AVS

- Art. 14** Esclusioni dell'assicurazione

- Art. 15** Riduzione delle prestazioni in caso di colpa grave, pericoli straordinari e atti temerari

- Art. 16** Ricorso contro terzi responsabili

D. Premi

- Art. 17** Calcolo dei premi
- Art. 18** Pagamento dei premi
- Art. 19** Modifiche dei premi

E. Obblighi e disposizioni varie

- Art. 20** Obblighi dell'assicurato
- Art. 21** Modifica del rischio assicurato
- Art. 22** Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni
- Art. 23** Compensazione
- Art. 24** Adeguamento delle condizioni d'assicurazione
- Art. 25** Comunicazioni
- Art. 26** Luogo d'adempimento e foro
- Art. 27** Protezione dei dati

La società d'assicurazione che assume il rischio è Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA, qui di seguito «l'assicuratore».

A. Generalità

Art. 1 Basi giuridiche del contratto

Le basi giuridiche del contratto sono costituite dai seguenti testi.

1. Le presenti condizioni generali d'assicurazione (CGA), le disposizioni della polizza e le eventuali clausole addizionali.
2. Le dichiarazioni che figurano nella proposta e le altre dichiarazioni dell'assicurato.
3. La legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).
4. La legge sulla protezione dei dati (LPD).
5. La legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), la quale si applica per analogia quando le presenti condizioni generali lo prevedono.
6. Il Codice delle obbligazioni (CO).

Art. 2 Scopo dell'assicurazione

1. L'assicurazione si estende agli infortuni professionali, agli infortuni non professionali e alle malattie professionali, conformemente alle definizioni della LAINF e secondo le garanzie stipulate nella polizza.

2. L'assicuratore erogherà le prestazioni esclusivamente se l'infortunio, la lesione personale o l'ultimo stato di pericolo prima della notifica della malattia professionale si è verificato(a) durante la validità del contratto.
3. Per determinate malattie professionali specificatamente previste dalla LAINF, le prestazioni sono calcolate conformemente a tale legge. Tuttavia, viene presa in considerazione soltanto la proporzione tra la durata dell'esposizione al pericolo durante il periodo di copertura della presente polizza e la durata totale dell'esposizione.

Art. 3 Persone assicurate

1. Qualsiasi persona domiciliata in Svizzera, di età superiore a 15 anni compiuti e che non ha raggiunto l'età dell'AVS, può sottoscrivere l'assicurazione SafetyPro.
2. Libero passaggio
 - a. Una persona che esce da un'assicurazione collettiva contro gli infortuni complementare alla LAINF sottoscritta presso l'assicuratore può passare nella presente assicurazione individuale, a condizione che vengano rispettate le disposizioni della suddetta assicurazione collettiva.

- b. Nell'ambito del libero passaggio, può chiedere di aderire all'assicurazione anche il frontaliere che svolge un'attività lucrativa in Svizzera.

Art. 4 Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

B. Estensione dell'assicurazione

Art. 5 Inizio e fine del contratto

1. Inizio del contratto

La data d'entrata in vigore del contratto figura nella polizza, come pure la data di scadenza, fissata al 31 dicembre di un anno civile.

2. Rinnovo tacito del contratto

Alla scadenza del contratto e salvo notifica di disdetta ricevuta al massimo entro il 30 settembre dell'anno civile, il contratto è prolungato tacitamente di anno in anno.

3. Fine del contratto per tutte le coperture:

- a. in caso di disdetta da parte dell'assicurato o dell'assicuratore;
- b. in caso di mancato pagamento dei premi ai sensi dell'articolo 18 delle presenti CGA;
- c. in caso di trasferimento del domicilio della persona assicurata all'estero salvo per i frontalieri che svolgono un'attività lucrativa in Svizzera e che godono del libero passaggio ai sensi dell'articolo 3 cpv. 2 let. b delle presenti CGA.

4. Fine del contratto per la copertura d'indennità giornaliera:

- a. alla fine del contratto secondo il capoverso 3;
- b. in caso di cessazione dell'attività lucrativa;
- c. alla fine del mese durante il quale l'assicurato raggiunge l'età della pensione AVS;
- d. se l'assicurato domiciliato all'estero non giustifica più di percepire un reddito proveniente da un'attività lucrativa in Svizzera.

Art. 6 Inizio e fine della copertura d'assicurazione

- 1. La copertura d'assicurazione comincia a decorrere dall'entrata in vigore della polizza.
- 2. La copertura d'assicurazione cessa in uno dei seguenti casi:
 - a. alla fine del contratto ai sensi dell'articolo 5 cpv. 3 e 4 delle presenti CGA;
 - b. in caso di sospensione del contratto.

Art. 7 Disdetta su sinistro

- 1. Dopo ogni sinistro per cui l'assicuratore deve erogare una prestazione, l'assicurato ha il diritto di recedere dal contratto entro 14 giorni da quando è venuto a conoscenza del pagamento dell'indennizzo. Se l'assicurato recede dal contratto, l'assicurazione cessa di produrre i propri effetti 14 giorni dopo che l'assicuratore riceve la notifica di disdetta. Se il contraente disdice il contratto durante l'anno successivo all'entrata in vigore della copertura d'assicurazione, l'assicuratore mantiene il diritto al premio per il

periodo d'assicurazione in corso. Negli altri casi, il premio è dovuto solo fino alla fine del contratto.

- 2. L'assicuratore rinuncia espressamente al diritto che ha per legge di recedere dal contratto a seguito di sinistro, salvo in caso di abuso, di falsa dichiarazione, di dolo, di reticenza o di loro tentativi.

C. Prestazioni

Art. 8 Spese di trattamento (prestazioni per cure e rimborso delle spese)

A. Diritto alle prestazioni

Se le spese di trattamento sono assicurate, e secondo la variante scelta, l'assicuratore assume la parte non coperta dall'assicurazione LAINF, rispettivamente dall'assicurazione malattia (LAMal) delle seguenti spese.

L'assicuratore rimborsa le spese di trattamenti efficaci, appropriati ed economici.

I costi sono assunti a decorre dal giorno dell'infortunio e al massimo per una durata di cinque anni da tale data.

La presente copertura d'assicurazione rientra nella categoria di assicurazione di danni.

1. Trattamento medico

Le cure e le spese per i trattamenti forniti da personale medico riconosciuto. L'assicuratore mette a disposizione una lista del personale medico riconosciuto.

2. Medicinali

I costi dei medicinali necessari, prescritti o rilasciati da un medico, ad eccezione dei preparati farmaceutici per applicazione speciale (EPFA).

3. Ospedalizzazione

a. Copertura

Nell'ambito delle tariffe riconosciute dall'assicuratore per la variante d'assicurazione stipulata nella polizza:

- le prestazioni alberghiere in relazione al vitto e all'alloggio;
- le misure diagnostiche e terapeutiche riconosciute;
- le cure fornite ai pazienti in ospedale;
- gli onorari dei medici;
- gli onorari dei medici che forniscono prestazioni di cure in ospedale a titolo indipendente (medici abilitati).

b. Enti ospedalieri riconosciuti

Sono assunti soltanto i costi delle prestazioni fornite da enti ospedalieri riconosciuti dall'assicuratore. Gli enti ospedalieri riconosciuti hanno stipulato una convenzione tariffale con l'assicuratore per i reparti corrispondenti.

L'assicuratore mette a disposizione una lista degli enti ospedalieri riconosciuti.

Prima di qualsiasi trattamento, l'assicurato è tenuto ad informarsi se l'ente ospedaliero presso cui si farà curare fa parte di quelli riconosciuti dall'assicuratore.

Se un assicurato è ospedalizzato presso un

ente non riconosciuto, gli saranno corrisposti, limitatamente al reparto semiprivato, CHF 800.– al giorno e, limitatamente al reparto privato, CHF 1000.– al giorno.

L'assicuratore si riserva il diritto di rifiutare o di limitare le prestazioni degli onorari dei medici abilitati che non hanno sottoscritto alcuna convenzione tariffale con l'assicuratore.

c. Detrazione per spese di mantenimento

La detrazione effettuata dall'assicuratore LAINF per le spese di mantenimento durante la degenza ospedaliera è anch'essa coperta.

4. Soggiorni di cura e di convalescenza

I costi per le cure mediche prescritte in un centro di cura o di convalescenza riconosciuto dall'assicuratore. I costi supplementari per il soggiorno e la pensione sono rimborsati fino a concorrenza di CHF 200.– al giorno, per un massimo di 30 giorni per soggiorno, fino a 120 giorni per lo stesso caso. L'assicuratore mette a disposizione una lista degli enti ospedalieri riconosciuti.

5. Medicina alternativa

L'importo previsto dei costi delle terapie, se sono effettuate da un medico diplomato o da un professionista di terapie naturali riconosciuto dall'assicuratore, fino a concorrenza di CHF 100.– a seduta, massimo CHF 2500.– per lo stesso caso. L'assicuratore mette a disposizione una lista dei fornitori riconosciuti.

Lista delle terapie:

Naturopatia

Agopuntura, Aromaterapia, Auricoloterapia, Biorisonanza, Bioterapia, Cromoterapia, Consulenza nutrizionale, Elettroagopuntura, Geobiologia, Erboristeria, Omeopatia, Iridologia, Irrigazione colonica, Laserterapia, Magnetismo, Magnetoterapia, Moraterapia, Naturopatia, Ossigenoterapia, Fitoterapia, Simpatoterapia, Ventose

Tecniche di massaggio

Agopressione, Drenaggio linfatico, Eziopatia, Fasciaterapia, Integrazione posturale, Chinesiologia, Massaggio, Medicina antroposofica, Mesoterapia, Metamorfosi, Ortobionomia, Osteopatia, Polarità, Riequilibrio energetico, Riflessologia, Reiki, Rolfing, Shiatsu, Trager, Training autogeno

Altre

Biodinamica, Eurytmia, Rebirthing, Sofrologia, Tomatis (metodo)

6. Mezzi ausiliari

I costi per il primo acquisto o il noleggio di mezzi ausiliari prescritti per motivi medici, volti a compensare una lesione personale, la limitazione o la perdita di una funzione (protesi, occhiali, apparecchi acustici e mezzi ausiliari ortopedici) secondo la lista emessa dall'assicuratore.

I costi per la riparazione o la sostituzione (valore a nuovo) di oggetti volti a sostituire morfologicamente o funzionalmente una parte del corpo, nell'ipotesi in cui questi ultimi siano stati danneggiati o distrutti in un infortunio assicurato dal quale deriva una lesione personale che necessita un trattamento.

7. Assistenza e cure a domicilio

L'assicurato ha diritto all'aiuto e alle cure a domicilio prescritti da un medico.

L'assistenza domiciliare è concessa se un medico certifica che la persona è affetta da un'incapacità di almeno il 50% e a condizione che l'aiuto sia prestato da una persona che svolge questa attività a titolo professionale per conto proprio o per conto di una società o un'organizzazione ufficiale.

La limitazione per l'assistenza e le cure a domicilio ammonta a CHF 100.– al giorno e a massimo CHF 6000.– per caso.

8. Custodia di figli

L'assicurato ha diritto al rimborso dei costi per la custodia dei figli fino a 12 anni compiuti, a condizione che sia fornita dalla Croce Rossa o da un ente ufficiale con lo stesso scopo.

La custodia di figli è coperta, nei limiti previsti qui di seguito, se comporta costi aggiuntivi per l'assicurato e a condizione che quest'ultimo possa dimostrare di essere affetto da un'incapacità di almeno il 50%, certificata da un medico.

La limitazione per la custodia di figli ammonta a CHF 150.– al giorno e a massimo CHF 6000.– per caso.

9. Spese di trasporto

Le spese mediche necessarie per il trasporto dell'assicurato al luogo di cura. I viaggi aerei sono coperti se sono giustificati per motivi medici o tecnici.

10. Rimozione e trasporto della salma

I costi necessari per la rimozione e il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura, se il decesso è susseguente a un infortunio assicurato.

11. Operazioni di ricerca

In complemento all'assicurazione LAINF o all'assicurazione malattia LAMal, l'assicuratore corrisponde i costi necessari per le operazioni di ricerca per il soccorso dell'assicurato fino a concorrenza di CHF 100 000.– per caso.

B. Fornitori di prestazioni

L'assicuratore può mettere a disposizione delle liste dei fornitori di prestazioni riconosciuti o esclusi.

Tali liste possono essere modificate in qualunque momento e sono a disposizione sul sito Internet dell'assicuratore o su richiesta.

Le liste valide nel momento della cura sono determinanti. Una modifica delle liste non fa scaturire alcun diritto di disdetta per il contraente.

C. Prestazioni di terzi

Se i costi di guarigione, secondo il presente articolo, sono dovuti in virtù di qualsiasi altra assicurazione sociale svizzera o estera, l'assicuratore completa le proprie prestazioni al massimo fino a concorrenza dei costi di trattamento causati dall'evento.

D. Sovaindennizzo

Se i costi di guarigione sono garantiti da più assicuratori, tutte le prestazioni insieme non possono eccedere il totale dei costi effettivi che derivano dall'infortunio. L'assicuratore interviene soltanto nella proporzione esistente tra le prestazioni da lui assicurate e l'importo totale delle prestazioni garantite da tutti gli assicuratori.

Art. 9 Indennità giornaliera d'ospedalizzazione

1. Diritto alle prestazioni

L'assicuratore paga l'indennità giornaliera d'ospedalizzazione convenuta nella polizza per qualsiasi degenza in un ente ospedaliero o di cure, a condizione che sia necessaria dal punto di vista medico e prescritta da un medico. La degenza è necessaria dal punto di vista medico se permette di effettuare una cura medica volta a migliorare lo stato di salute o a impedirne un suo peggioramento. Inoltre, la degenza in un centro di cure controllato da medici è coperto soltanto se l'assicurato seguiva un trattamento medico prima dell'inizio della cura.

Se, dietro prescrizione medica, sono fornite cure a domicilio per evitare un'ospedalizzazione, l'assicuratore versa all'assicurato un'indennità giornaliera corrispondente alla metà dell'indennità giornaliera d'ospedalizzazione convenuta.

2. Durata delle prestazioni

L'indennità giornaliera d'ospedalizzazione è corrisposta dal primo giorno dell'infortunio:

- per le degenze ospedaliere, per massimo 360 giorni per caso;
- per i soggiorni di cura o di convalescenza, per massimo 30 giorni per soggiorno, fino a 120 giorni per lo stesso caso;
- in caso di cure fornite a domicilio, l'assicuratore corrisponde la metà dell'indennità giornaliera d'ospedalizzazione convenuta per massimo 200 giorni di cure per caso.

3. Tipo

Questa prestazione rientra nella categoria di assicurazione di somme.

Art. 10 Indennità giornaliera

1. Diritto alle prestazioni

L'assicuratore corrisponde all'assicurato, la cui incapacità lavorativa è certificata da un medico, l'indennità giornaliera stabilita nella polizza. L'indennità giornaliera assicurata è corrisposta dalla scadenza del termine d'attesa convenuto nella polizza.

A ricezione di un certificato medico intermedio o finale, l'assicuratore indennizza l'assicurato fino alla data indicata nel certificato stilato dal medico, ma al massimo fino alla fine del mese in corso, a condizione che l'assicuratore non chieda un ulteriore esame medico.

2. Durata delle prestazioni

L'indennità giornaliera viene corrisposta, per ogni infortunio, per 730 giorni entro un periodo di cinque anni dalla data dell'infortunio, ma in ogni caso al massimo fino al versamento di una prestazione di invalidità ai sensi dell'articolo 11 delle presenti CGA.

3. Incapacità lavorativa parziale

In caso d'incapacità lavorativa parziale, l'assicuratore corrisponde un'indennità giornaliera ridotta in proporzione al grado d'incapacità al lavoro, per la durata prevista nel punto di cui sopra.

I giorni d'incapacità parziale vengono conteggiati come giorni interi, sia per il calcolo del periodo di attesa che per la durata delle prestazioni.

4. Prestazioni di terzi

Se alle indennità giornaliere dovute si aggiungono prestazioni di assicurazioni sociali svizzere o estere, tali indennità giornaliere saranno ridotte dell'importo versato da tali assicurazioni sociali nei limiti delle prestazioni previste nella polizza.

5. Tipo

Questa prestazione rientra nella categoria di assicurazione di somme.

Art. 11 Invalidità

Se previsto nella polizza, l'assicuratore corrisponde, secondo la copertura scelta:

- un capitale d'invalidità (secondo il punto 1 lettera c qui di seguito) e/o,
- le spese di chirurgia plastica (secondo il punto 2 qui di seguito) e/o,
- le spese di reinserimento professionale (secondo il punto 3 qui di seguito).

1. Prestazioni in capitale

a. Diritto alle prestazioni

Il capitale d'invalidità è corrisposto dal momento in cui l'invalidità è ritenuta permanente ed è soggetto all'articolo 13 delle presenti CGA.

b. Grado d'invalidità

Il grado d'invalidità è definito secondo la tabella delle menomazioni all'integrità che figurano nell'allegato 3 dell'Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF) e secondo le relative tabelle della SUVA.

In caso di perdita o d'incapacità funzionale parziale, la percentuale è ridotta proporzionalmente. Se il grado d'invalidità non può essere definito in applicazione delle suddette regole, è allora definito sulla base delle osservazioni mediche, per analogia tenendo conto della gravità della menomazione. Se diverse parti del corpo o diversi organi sono toccati in seguito allo stesso infortunio, le diverse percentuali sono ponderate. Il grado d'invalidità non può tuttavia essere superiore al 100%.

c. Calcolo del capitale

Il capitale d'invalidità è calcolato in base al grado d'invalidità, alla somma d'assicurazione convenuta e alla variante di progressione scelta.

Se l'assicurato era già invalido prima dell'infortunio, l'assicuratore corrisponde un capitale proporzionale al grado d'invalidità risultante direttamente dall'infortunio.

d. Varianti di progressione

Se è stato stipulato un capitale d'invalidità con progressione, il capitale d'invalidità viene calcolato in base alla variante di progressione scelta e alla tabella seguente:

Prestazioni in % della somma d'assicurazione

Grado d'inval. %	Indennizzo senza progr.	secondo varianti	
		A	B
100	100	225	350
99	99	222	345
98	98	219	340
97	97	216	335
96	96	213	330
95	95	210	325
94	94	207	320
93	93	204	315
92	92	201	310
91	91	198	305
90	90	195	300
89	89	192	295
88	88	189	290
87	87	186	285
86	86	183	280
85	85	180	275
84	84	177	270
83	83	174	265
82	82	171	260
81	81	168	255
80	80	165	250
79	79	162	245
78	78	159	240
77	77	156	235
76	76	153	230
75	75	150	225
74	74	147	220
73	73	144	215
72	72	141	210
71	71	138	205
70	70	135	200
69	69	132	195
68	68	129	190
67	67	126	185
66	66	123	180
65	65	120	175
64	64	117	170
63	63	114	165
62	62	111	160
61	61	108	155
60	60	105	150
59	59	102	145
58	58	99	140
57	57	96	135
56	56	93	130
55	55	90	125
54	54	87	120
53	53	84	115
52	52	81	110
51	51	78	105
50	50	75	100
49	49	73	97
48	48	71	94
47	47	69	91
46	46	67	88
45	45	65	85
44	44	63	82

Prestazioni in % della somma d'assicurazione

Grado d'inval. %	Indennizzo senza progr.	secondo varianti	
		A	B
43	43	61	79
42	42	59	76
41	41	57	73
40	40	55	70
39	39	53	67
38	38	51	64
37	37	49	61
36	36	47	58
35	35	45	55
34	34	43	52
33	33	41	49
32	32	39	46
31	31	37	43
30	30	35	40
29	29	33	37
28	28	31	34
27	27	29	31
26	26	27	28
25	25	25	25
24	24	24	24
23	23	23	23
22	22	22	22
21	21	21	21
20	20	20	20
19	19	19	19
18	18	18	18
17	17	17	17
16	16	16	16
15	15	15	15
14	14	14	14
13	13	13	13
12	12	12	12
11	11	11	11
10	10	10	10
9	9	9	9
8	8	8	8
7	7	7	7
6	6	6	6
5	5	5	5

e. Tipo

Questa prestazione rientra nella categoria di assicurazione di somme.

2. Danni estetici

Se l'infortunio ha provocato danni estetici gravi e permanenti che non danno diritto a un capitale per l'invalidità ai sensi della precedente lettera a, ma che tuttavia costituiscono un danno psichico suscettibile di pregiudicare in modo definitivo il futuro economico o la situazione sociale dell'assicurato, l'assicuratore corrisponde un'indennità pari al:

- 10% della somma assicurata convenuta nella polizza, se il danno riguarda il viso;
- 5% della somma assicurata convenuta nella polizza, se il danno riguarda altre parti del corpo.

L'indennità dovuta per tali danni è limitata a CHF 20 000.– per caso. Questa prestazione rientra nella categoria di assicurazione di somme.

3. Costi di riabilitazione professionale

Se, a seguito dello stesso infortunio, si rende necessario il reinserimento in un'altra professione, l'assicuratore assume, oltre alle prestazioni di cui ai punti 1 e 2, le spese appropriate non coperte da altre polizze d'assicurazione, fino a un massimo di CHF 20 000.– per caso. Questa prestazione rientra nella categoria di assicurazione di danni.

Art. 12 Capitale in caso di decesso

1. Diritto alle prestazioni

Se l'infortunio ha come conseguenza il decesso di un assicurato, l'assicuratore corrisponde il capitale decesso convenuto nella polizza, con riserva dell'articolo 13 delle presenti CGA, ai beneficiari nel seguente ordine.

a. Il coniuge superstite o il partner registrato. Se il matrimonio o l'unione domestica registrata è stato(a) contratto(a) dopo l'infortunio, l'esistenza del diritto è subordinata alla condizione che la promessa di matrimonio o di unione domestica sia stata pubblicata prima dell'infortunio o che il matrimonio o l'unione domestica sia durato(a) almeno due anni al momento del decesso dell'assicurato.

b. In mancanza, i figli dell'assicurato deceduto che non hanno ancora compiuto il 18° anno di età, rispettivamente il 25° anno di età per coloro che effettuano un apprendistato o studiano, hanno diritto al capitale decesso in parti uguali.

Sono altresì inclusi i figli le cui spese di mantenimento e di educazione erano assunte gratuitamente e in maniera duratura dall'assicurato al momento dell'infortunio.

c. In mancanza, la persona fisica non sposata o non registrata che non sia parente (anche dello stesso sesso), che ha vissuto con il defunto, sotto lo stesso tetto, un'unione analoga a quella del matrimonio o dell'unione domestica registrata, ininterrottamente nel corso dei cinque anni precedenti il decesso.

d. Altri superstiti

In mancanza dei superstiti indicati nelle lettere a, b, e c, il capitale è corrisposto:

- ai figli della persona assicurata che non soddisfano i criteri della lettera b;
- in mancanza, alle persone fisiche che la persona assicurata ha designato quali beneficiarie del capitale tramite testamento o atto notarile;
- in mancanza, al padre e alla madre della persona assicurata;
- in mancanza, ai fratelli e alle sorelle della persona assicurata.

e. Mancanza di superstiti

- In mancanza dei superstiti di cui sopra, l'assicuratore corrisponde soltanto la parte delle spese di sepoltura non coperta da un altro assicuratore, fino a concorrenza del capitale in caso di decesso, ma al massimo CHF 20 000.–.

2. Cumulo delle prestazioni

Eventuali prestazioni in caso d'invalidità già erogate per le conseguenze dello stesso infortunio (cfr. articolo 11 delle presenti CGA), verranno detratte dalle prestazioni in caso di decesso.

3. Colpa di un superstite

Le prestazioni in contanti dovute ai familiari o ai superstiti dell'assicurato sono ridotte o rifiutate se questi hanno provocato la realizzazione del rischio intenzionalmente o commettendo intenzionalmente un crimine o un delitto.

4. Tipo

Questa prestazione rientra nella categoria d'assicurazione di somme, tranne l'eventuale copertura delle spese di sepoltura che rientra nella categoria d'assicurazione di danni.

Art. 13 Prestazioni all'età AVS

1. Quando l'assicurato raggiunge l'età della pensione AVS, le somme d'assicurazione assicurate sono limitate ai seguenti importi massimi:

- indennità giornaliera d'ospedalizzazione a CHF 20.– al giorno;
- in caso di decesso a CHF 30 000.–;
- in caso d'invalidità a CHF 100 000.– (variante senza progressione).

Questi limiti si applicano agli infortuni che si verificano dopo la fine dell'anno in cui l'assicurato raggiunge l'età della pensione AVS.

2. La copertura d'assicurazione d'indennità giornaliera e il conseguente diritto alle prestazioni per un eventuale caso in corso terminano alla fine del mese in cui l'assicurato raggiunge l'età della pensione AVS.

Art. 14 Esclusioni dell'assicurazione

1. Non vengono concesse prestazioni d'assicurazione per gli infortuni professionali e non professionali per i quali la LAINF non interviene o non interverrebbe (casi di rifiuto delle prestazioni).

2. Sono inoltre esclusi dall'assicurazione:

- i casi di reticenza;
- i casi di frode o di tentata frode all'assicurazione;
- i danni intenzionali;
- gli infortuni provocati dall'assicurato commettendo un crimine o un delitto;
- gli infortuni avvenuti durante i terremoti;
- le conseguenze di eventi di guerra:
 - in Svizzera;
 - all'estero, a meno che l'assicurato non sia stato colto alla sprovvista da tali eventi nel paese in cui soggiorna e a condizione che l'infortunio avvenga entro 14 giorni dall'inizio di tali eventi;
- gli infortuni avvenuti durante il servizio militare all'estero;
- la partecipazione ad atti di guerra, di terrorismo e di banditismo;
- i danni alla salute derivanti da radiazioni ionizzanti di qualsiasi genere. Tale esclusione non riguarda le affezioni consecutive a trattamenti a base di raggi prescritti dal medico a seguito di un evento assicurato.

Art. 15 Riduzione delle prestazioni in caso di colpa grave, pericoli straordinari e atti temerari

1. L'assicuratore rinuncia a ridurre le proprie prestazioni per tutti gli infortuni assicurati nel contratto e dovuti a una col-

pa grave, a pericoli straordinari o ad atti temerari ai sensi della legge sull'assicurazione contro gli infortuni LAINE.

2. L'articolo 14 delle presenti CGA rimane riservato.

Art. 16 Ricorso contro terzi responsabili

Dal verificarsi del sinistro, per le prestazioni che rientrano nell'assicurazione di danni, l'assicuratore è surrogato, fino a concorrenza delle prestazioni convenute, ai diritti dell'assicurato contro qualsiasi terzo responsabile.

D. Premi

Art. 17 Calcolo dei premi

1. Il premio viene calcolato in base alle somme assicurate e in funzione della fascia di età e del settore di attività dell'assicurato.
2. L'assicurato che, durante l'anno, raggiunge l'età massima della propria classe d'età è automaticamente trasferito nella classe d'età superiore all'inizio dell'anno civile successivo.
3. Le classi d'età determinanti sono le seguenti:
 - 15 – 25 anni;
 - dai 26 anni, le classi d'età si suddividono per fasce di cinque anni.
4. L'adeguamento del premio a seguito del passaggio in una classe d'età superiore è considerato approvato, se l'assicuratore non riceve alcuna notifica di disdetta prima della fine dell'anno civile.
5. I tassi di premio possono essere adeguati in caso di entrata in vigore di nuove circostanze (per esempio, cambiamenti nell'attività dell'assicurato). In caso di aumento dei tassi di premio, il contraente può esercitare il proprio diritto di disdetta entro trenta giorni dalla comunicazione (data di ricevimento da parte dell'assicuratore). Il contraente che non recede dal contratto è considerato come se avesse accettato gli adeguamenti del premio.

Art. 18 Pagamento dei premi

1. L'assicurato è il debitore dei premi.
2. Il premio deve essere pagato entro la scadenza indicata nella polizza.
3. Se il premio non è pagato entro i termini, l'assicuratore ingiunge al debitore il pagamento dell'importo dovuto, al quale si aggiungono le spese, entro 14 giorni dall'invio della diffida e gli ricorda le conseguenze della messa in mora. Se il premio arretrato e le spese non sono pagati entro il termine imposto, gli obblighi dell'assicuratore sono sospesi a partire dalla scadenza di tale termine.
4. Se l'assicuratore non avvia un procedimento esecutivo per il pagamento del premio arretrato in questione e delle spese nei due mesi successivi alla scadenza del termine di 14 giorni, il contratto è considerato come disdetto.
5. Durante i periodi di sospensione:
 - i sinistri che si verificano non sono coperti;
 - l'obbligo di pagare le prestazioni per i sinistri in corso è sospeso a partire dalla data di scadenza del periodo di diffida. Il pagamento riprende alla data in cui sono stati pagati i premi e i costi arretrati. In questo caso, i

giorni d'incapacità lavorativa dei sinistri in corso sono computati sulla durata del diritto alle prestazioni.

6. Il periodo di fatturazione dei premi è di almeno un mese, ad eccezione del mese in cui l'adesione inizia o finisce.

Art. 19 Modifiche dei premi

1. I premi per una o più prestazioni assicurate (art. 8 a 12 delle presenti CGA) possono essere adeguati annualmente.
2. Gli adeguamenti prendono effetto a decorrere dal 1° gennaio di ogni anno civile.
3. L'assicuratore comunica all'assicurato le nuove disposizioni del contratto al massimo 25 giorni prima della fine dell'anno in corso. Se la persona assicurata si oppone alla modifica del contratto, può richiedere la disdetta di tutta o di parte del contratto alla fine dell'anno civile in corso.
4. Le modifiche sono considerate approvate, se l'assicuratore non riceve alcuna notifica di disdetta prima della fine dell'anno civile.

E. Obblighi e disposizioni varie

Art. 20 Obblighi dell'assicurato

1. L'assicurato deve informare subito l'assicuratore di qualsiasi infortunio che necessita una cura medica o provoca un'incapacità lavorativa. Se l'assicurato decede a seguito dell'infortunio, tale obbligo incombe ai superstiti che hanno diritto a prestazioni.
2. L'assicurato s'impegna a fornire all'assicuratore, di propria iniziativa o su richiesta, qualsiasi documento necessario per definire il diritto alle prestazioni (certificati medici, referti medici ecc.).
3. Informa altresì immediatamente l'assicuratore di qualsiasi cambiamento della sua situazione che potrebbe avere un impatto sul suo diritto alle prestazioni (modifica del tasso d'incapacità, iscrizione all'assicurazione contro la disoccupazione, diritto a prestazioni di terzi ecc.).
4. L'assicurato deve fornire all'assicuratore qualsiasi documento rilevante, compresa una procura che autorizzi l'assicuratore a ottenere informazioni presso terzi, affinché possa verificare la fondatezza delle pretese, pena la decadenza del proprio diritto alle prestazioni.
5. L'assicurato svincola il personale medico consultato dal segreto medico e professionale nei confronti del medico di fiducia dell'assicuratore.
6. L'assicurato deve collaborare con l'assicuratore e i terzi designati da quest'ultimo (ispettore dei sinistri, gestori, medici ecc.). Deve in particolare seguire le prescrizioni dell'assicuratore, fornirgli i documenti richiesti e rispondere alle sue domande. Se l'assicurato non si presenta il giorno della convocazione medica senza validi motivi, l'assicuratore si riserva il diritto di ridurre o di rifiutare le prestazioni, e persino di richiedere il rimborso delle prestazioni già anticipate e di fatturare all'assicurato i costi relativi alla convocazione alla quale non si è presentato.
7. Dall'inizio dell'incapacità, l'assicurato deve consultare un medico autorizzato a esercitare l'attività medica e seguire le sue prescrizioni. Deve evitare tutto ciò che può nuocere alla sua guarigione o prolungare la sua incapacità.

8. Prima di qualsiasi trattamento, l'assicurato è tenuto ad informarsi se l'ente ospedaliero presso cui si farà curare fa parte di quelli riconosciuti dall'assicuratore.
9. L'assicurato ha l'obbligo di presentare una domanda di prestazioni presso l'Assicurazione per l'Invalidità al massimo entro sei mesi dall'inizio dell'incapacità o, dietro suggerimento dell'assicuratore, presso un altro ente sociale.
10. L'assicurato ha l'obbligo di ridurre il danno e ciò implica tra l'altro l'obbligo di collaborare con altri enti dell'assicurazione sociale (assicurazione per l'Invalidità, assicurazione contro gli infortuni, assicurazione militare ecc.).
11. L'assicurato deve partecipare, nei limiti di quanto si possa ragionevolmente da lui pretendere, a una cura o a un piano di reinserimento professionale volto a migliorare notevolmente la sua capacità lavorativa o a offrire una nuova possibilità di guadagno.
12. L'assicurato deve informare l'assicuratore di un eventuale aggravamento del rischio (per esempio: modifica della professione assicurata).
13. In caso di frode o di tentata frode all'assicurazione, l'assicurato deve assumere i costi delle indagini effettuate per appurare la sua incapacità e per la gestione dell'incanto.
14. L'inosservanza di suddetti obblighi può condurre a sanzioni da parte dell'assicuratore che possono andare fino al rifiuto delle prestazioni.
15. Se l'inadempimento degli obblighi non è dovuta a colpa o se l'assicurato può dimostrare che l'inadempimento degli obblighi non ha alcun impatto sul verificarsi dell'evento e sull'entità delle prestazioni, le sanzioni non si applicano.

Art. 21 Modifica del rischio assicurato

1. Nella misura in cui un fatto importante (per es.: modifica dell'attività o della professione assicurata) si verifica e comporta un aggravarsi del rischio, il contraente è tenuto a notificarlo immediatamente all'assicuratore. In mancanza di notifica, quest'ultimo non è più vincolato al contratto per il futuro.
2. Il rischio aggravato è coperto nella misura in cui il contraente adempie il proprio obbligo di notifica. L'assicuratore ha tuttavia il diritto, entro i 14 giorni successivi alla ricezione della comunicazione da parte del contraente, di disdire il contratto. In questo caso, l'assicurazione cessa di produrre i propri effetti 14 giorni dopo la notifica di disdetta da parte dell'assicuratore.
3. Un eventuale sovrappremio è dovuto dal verificarsi dell'aggravamento.

Art. 22 Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni

L'assicurato non può né cedere, né costituire in pegno il suo credito nei confronti dell'assicuratore, senza il suo consenso.

Art. 23 Compensazione

1. L'assicuratore può compensare le prestazioni esigibili con crediti detenuti nei confronti dell'assicurato.
2. L'assicurato non ha alcun diritto di compensazione nei confronti dell'assicuratore.

Art. 24 Adeguamento delle condizioni d'assicurazione

1. L'assicuratore ha il diritto di adeguare le presenti CGA.
2. Le nuove condizioni si applicano ai contraenti e all'assicuratore se sono adeguate durante la validità dell'assicurazione.
3. L'assicuratore comunica tali adeguamenti ai contraenti. Se il contraente non li accetta, può disdire il contratto con effetto alla data d'entrata in vigore degli adeguamenti. Se l'assicuratore non riceve alcuna disdetta entro 30 giorni, le nuove disposizioni sono accettate.
4. Fanno eccezione al diritto di disdetta gli adeguamenti delle condizioni d'assicurazione che non comportano alcuno svantaggio per l'assicurato.

Art. 25 Comunicazioni

1. Tutte le comunicazioni del contraente devono essere trasmesse per iscritto agli indirizzi di posta o elettronici indicati nei documenti ufficiali dell'assicuratore o tramite qualsiasi altra forma che consenta la prova per testo, messa a disposizione dell'assicuratore, ad eccezione dei social network.
2. Le comunicazioni dell'assicuratore sono validamente effettuate all'ultimo indirizzo di posta o elettronico che il contraente ha indicato all'assicuratore. Tali comunicazioni possono essere trasmesse per iscritto o tramite qualsiasi altra forma che consenta la prova per testo, messa a disposizione dell'assicuratore.
3. L'assicuratore può altresì effettuare comunicazioni generali agli assicurati attraverso il giornale destinato agli assicurati. L'assicurato che non desidera più ricevere tale giornale può richiederlo all'assicuratore, per iscritto o tramite qualsiasi altra forma messa a disposizione dell'assicuratore, nel qual caso l'assicuratore è esonerato da qualsiasi responsabilità in merito alle comunicazioni pubblicate. Queste comunicazioni possono anche essere pubblicate sul sito web dell'assicuratore e in un documento allegato all'invio annuale delle polizze d'assicurazione.

Art. 26 Luogo d'adempimento e foro

1. Gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti sul territorio svizzero e in franchi svizzeri.
2. In caso di litigi, il contraente, l'assicurato o l'avente diritto può scegliere sia i tribunali del suo domicilio in Svizzera, sia quelli della sede dell'assicuratore, sia quelli del luogo di lavoro in Svizzera, per gli assicurati domiciliati all'estero.

Art. 27 Protezione dei dati

Dati personali e sensibili

Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA, l'assicuratore, ha delegato a Groupe Mutuel Services SA (qui di seguito: Groupe Mutuel) il trattamento dei dati personali e sensibili del contraente, delle persone assicurate e, se del caso, dei loro aventi diritto o delle persone vincolate (qui di seguito: le persone interessate).

Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA e Groupe Mutuel Services SA sono società di Groupe Mutuel Holding SA. Esse sono soggette alla Legge federale sulla protezione dei dati (LPD).

Con l'espressione «dati personali» si intendono in particolare le informazioni relative alle persone interessate, che includono le informazioni relative alla gestione del contratto d'assicurazione. Con l'espressione «dati sensibili» si intendono in particolare le informazioni relative allo stato di salute delle persone assicurate e ai sinistri.

Base giuridica

Il Groupe Mutuel tratta i dati personali e sensibili delle persone interessate e implementa il trattamento dei dati secondo le seguenti basi giuridiche: il consenso delle persone interessate, rispettivamente l'esplicito consenso per i dati sensibili; le disposizioni di legge applicabili alle attività del Groupe Mutuel (in particolare la LPD); il contratto stipulato tra il Groupe Mutuel e il contraente; l'interesse pubblico preponderante o l'interesse privato preponderante (ai sensi della LPD) del Groupe Mutuel o delle persone interessate.

Finalità

I dati personali e sensibili sono utilizzati in particolare per valutare i rischi da assicurare, trattare i sinistri, garantire il monitoraggio amministrativo, statistico e finanziario del contratto, consentire la gestione delle sue attività (statistiche, audit interno ed esterno ecc.) e il rispetto dei suoi obblighi legali, il miglioramento e lo sviluppo dei servizi forniti, l'ottimizzazione e l'economia dei costi assicurativi, l'esecuzione di operazioni di prospezione e di marketing, la gestione dei debiti e dei contenziosi, la lotta contro la frode, il riciclaggio di denaro, il finanziamento del terrorismo e l'evasione fiscale.

Sicurezza

Nell'ambito del trattamento dei dati personali e considerando i rischi presentati dal trattamento, il Groupe Mutuel, i suoi intermediari assicurativi e altri mandatarî (ad esempio un riassicuratore) si impegnano ad attuare tutte le disposizioni necessarie per conformarsi alla normativa sulla protezione dei dati. Tali disposizioni includono, in particolare, le misure tecniche, fisiche e organizzative necessarie per tutelare la sicurezza dei dati personali e impedirne la modifica, il danneggiamento o l'accesso da parte di terzi non autorizzati.

Trasferimento dei dati

I dati vengono trattati in modo riservato e possono essere comunicati a terzi (ad esempio intermediari assicurativi, riassicuratori, medici, aventi diritto, ufficio AI, sicurezza sociale del paese di residenza della persona assicurata), anche all'estero. Tale comunicazione avviene, ad esempio, sulla base di obblighi giuridici, decisioni giudiziarie, condizioni generali di assicurazione o consenso delle persone interessate. Il consenso deve essere dato esplicitamente se si tratta di dati sensibili. Se il trattamento dei dati è oggetto di un contratto di subappalto, outsourcing o collaborazione con terzi, questi ultimi si impegnano, nell'ambito del loro rapporto contrattuale con il Groupe Mutuel, a rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali. Il Groupe Mutuel seleziona i subappaltatori che presentano le necessarie garanzie. I dati affidati agli intermediari assicurativi saranno registrati e trasmessi al Groupe Mutuel per il trattamento delle domande di assicurazione e per il monitoraggio amministrativo e finanziario tra l'intermediario d'assicurazione e il Groupe Mutuel. Quest'ultimo non è responsabile del trattamento dei dati personali

che l'interessato può avere autorizzato presso terzi o che è realizzato indipendentemente dal Groupe Mutuel. Spetta alle persone interessate riferirsi alle politiche di protezione dei dati dei terzi per verificare le condizioni del trattamento effettuato o per esercitare i propri diritti rispetto a tale trattamento.

Durata di conservazione

I dati personali sono conservati per tutto il tempo necessario per legge, per la gestione del contratto d'assicurazione, per i sinistri, per i diritti di ricorso, per la riscossione e/o per eventuali controversie tra il Groupe Mutuel, la persona assicurata, l'intermediario d'assicurazione o i terzi.

Diritti di accesso e di rettifica

Le persone interessate hanno il diritto di accedere ai loro dati personali, far rettificare tali dati, far cancellare i loro dati nei limiti delle disposizioni di legge applicabili, far limitare il trattamento dei dati, chiedere il trasferimento dei dati, revocare il consenso al trattamento dei dati personali con riserva del trattamento dei dati necessari per l'esecuzione del contratto, rivolgersi all'autorità di vigilanza competente.

Data Protection Officer

Il Groupe Mutuel ha designato un Data Protection Officer (addetto alla protezione dei dati) che può essere contattato al seguente indirizzo: dataprotection@groupe-mutuel.ch. Maggiori informazioni sulla protezione dei dati sono disponibili nel sito Internet del Groupe Mutuel: www.groupe-mutuel.ch.