

Assicurazione contro gli infortuni secondo la legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF)

edizione 01.01.2017

Informazioni pratiche e giuridiche

Il presente documento informa il cliente in modo chiaro e succinto sull'identità dell'assicuratore e sui principali elementi del contratto d'assicurazione.

Quali sono le basi legali?

Le basi legali dell'assicurazione sono:

- la Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni del 20 marzo 1981 (LAINF) e le relative ordinanze (OLAINF, OPI, ecc.);
- la Legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) e la sua ordinanza (OPGA).

Chi è l'assicuratore?

Il partner contrattuale è la Mutuel Assicurazioni SA (qui di seguito l'«assicuratore») la cui sede si trova alla Rue des Cèdres 5, Casella postale, CH-1919 Martigny.

Chi è il contraente?

Il contraente è il datore di lavoro o il lavoratore indipendente che ha stipulato il contratto d'assicurazione.

Chi sono le persone assicurate?

Assicurazione obbligatoria

Sono assicurati i lavoratori, inclusi i lavoratori a domicilio, gli stagisti, i volontari e gli apprendisti.

Assicurazione facoltativa

Sono assicurate le persone che esercitano un'attività lucrativa indipendente e i componenti della famiglia, se non sono assicurati a titolo obbligatorio.

Estensione della copertura assicurativa

Quali sono gli infortuni assicurati?

Le prestazioni dell'assicurazione sono erogate per gli infortuni professionali e non professionali.

I lavoratori assunti a tempo pieno o per almeno 8 ore di lavoro settimanali da uno stesso datore di lavoro sono assicurati contro gli infortuni professionali e non professionali. I lavoratori il cui orario di lavoro non raggiunge mai, presso nessun datore di lavoro, le 8 ore settimanali sono assicurati soltanto contro gli infortuni professionali.

Qual è l'inizio, la fine e la sospensione della copertura d'assicurazione?

Assicurazione obbligatoria

La copertura assicurativa inizia il giorno in cui il lavoratore comincia o avrebbe dovuto cominciare l'attività lavorativa in virtù del contratto di lavoro, o il giorno in cui nasce il diritto al primo salario.

Essa termina allo spirare del 31° giorno successivo a quello in cui cessa il diritto ad almeno la metà del salario.

Assicurazione facoltativa

La data d'inizio della copertura d'assicurazione è stipulata nella polizza.

L'assicurazione è ancora valida per tre mesi dopo la cessazione dell'attività.

Come può essere prolungata la copertura assicurativa?

L'assicurazione per convenzione permette di prolungare la copertura degli infortuni non professionali oltre il termine legale al massimo per sei mesi. La convenzione deve essere stipulata prima della scadenza della copertura assicurativa e il premio è dovuto dalla persona che la sottoscrive.

Prestazioni dell'assicurazione

Quali sono le prestazioni per cure e i rimborsi delle spese?

Prestazioni in natura

- Trattamento medico (i costi derivanti da un trattamento medico necessario effettuato all'estero sono rimborsati al massimo fino al doppio del costo che lo stesso trattamento avrebbe in Svizzera);
- Mezzi ausiliari.

Prestazioni in denaro

- Indennità giornaliera: l'80% del guadagno assicurato a decorrere dal terzo giorno dal giorno dell'infortunio;
- Rendita d'invalidità: l'80% del guadagno assicurato, in caso d'invalidità totale;

- Rendita per superstiti: il 40% del guadagno assicurato per il vedovo/la vedova; il 15% per gli orfani di padre o di madre; il 25% per gli orfani di padre e di madre (il cumulo di tali prestazioni non può eccedere il 70%).

Qual è il guadagno assicurato?

Assicurazione obbligatoria

Le indennità giornaliere e le rendite sono calcolate sulla base del salario assicurato. Il guadagno assicurato è uguale al salario determinante per l'AVS fino ad un massimo di CHF 148'200.- l'anno.

Assicurazione facoltativa

Per le assicurazioni facoltative, il guadagno assicurato deve essere compreso tra CHF 66'690.- e CHF 148'200.- al massimo per il datore di lavoro e i lavoratori indipendenti e tra CHF 44'460.- e CHF 148'200.- al massimo per i componenti della famiglia.

Riduzione e rifiuto di prestazioni assicurative

Quando l'assicuratore può rifiutare le prestazioni?

Se l'assicurato ha provocato intenzionalmente la menomazione dell'integrità o il decesso, non è versata alcuna prestazione assicurativa, ad eccezione delle spese funerarie.

Se l'assicurato ha partecipato ad atti di guerra, di terrorismo o di banditismo, non è versata alcuna prestazione assicurativa.

Quando l'assicuratore può ridurre le proprie prestazioni?

Se l'assicurato ha provocato l'infortunio per negligenza grave o se è stato esposto a pericoli straordinari e nel caso di atti temerari, la legge prevede la possibilità di riduzione delle prestazioni.

Premi

Chi ha l'obbligo di pagare i premi?

- Il contraente è il debitore dei premi.
- I premi dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali sono a carico del datore di lavoro. I premi dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni non professionali sono a carico del lavoratore.

Obblighi del contraente e dell'assicurato

Quali sono gli obblighi del contraente?

Il contraente ha l'obbligo di:

- notificare immediatamente all'assicuratore qualsiasi evento che possa dar diritto a prestazioni;
- fornire all'assicuratore qualsiasi informazione necessaria e mettere a sua disposizione tutti i documenti utili per definire le circostanze dell'infortunio;
- pagare i premi;

- informare i lavoratori assicurati che lasciano l'azienda dei loro dritti e obblighi;
- dichiarare i salari;
- informare l'assicuratore di qualsiasi aggravamento considerevole del rischio.

Tutti gli obblighi del contraente sono stipulati nelle condizioni generali d'assicurazione e nella relativa legge.

Quali sono gli obblighi dell'assicurato?

Gli assicurati/gli aventi diritto hanno l'obbligo di:

- notificare subito il sinistro al datore di lavoro o all'assicuratore;
- fornire all'assicuratore/ al datore di lavoro qualsiasi documento necessario per determinare il diritto alle prestazioni;
- esonerare il personale medico consultato dal segreto medico e professionale nei confronti del medico di fiducia dell'assicuratore;
- collaborare con l'assicuratore e i terzi da lui autorizzati (ispettore dei sinistri, gestore, medici ecc.);
- presentare una domanda di prestazioni presso l'Assicurazione per l'invalidità al massimo entro sei mesi dall'inizio dell'incapacità;
- partecipare, nei limiti di ciò che può essere ragionevolmente preteso, a una cura o a una misura di reinserimento professionale.

Tutti gli obblighi degli assicurati sono stipulati nelle condizioni generali d'assicurazione e nella relativa legge.

Informazioni importanti

Come sono trattati i dati personali?

L'assicuratore tratta i dati personali del contraente e delle persone assicurate, in particolare i dati relativi al contraente, al contratto, all'incasso e ai sinistri con tutta la dovuta riservatezza. Tali dati sono conservati in formato cartaceo o elettronico e protetti con misure tecniche e organizzative contro qualsiasi lettura non autorizzata. La trasmissione a terzi è autorizzata esclusivamente se previsto eccezionalmente per legge, se previsto dal presente documento o con l'accordo delle parti interessate. I dati sono in particolare trattati per la valutazione del rischio, per la gestione del contratto, per calcolare il premio e per liquidare i sinistri. Il contraente autorizza il Groupe Mutuel, le casse e le società affiliate al Groupe Mutuel o da lui amministrare e altri mandatari a trattare i dati necessari in relazione ai contratti d'assicurazione. Questi si impegnano ad attuare tutti i provvedimenti necessari per rispettare le disposizioni legali in materia di protezione dei dati. Se il contraente ha conferito mandato a un mediatore per gestire il presente contratto, questo s'impegna a informarne i dipendenti assicurati e si accerta che il mandatario rispetti la legge in materia, in particolare la legge sulla protezione dei dati.

I documenti dell'incarto possono in qualunque momento essere consultati, conformemente alla legge sulla protezione dei dati.

Dove si possono ottenere informazioni più dettagliate?

Informazioni più dettagliate sono disponibili dal vostro assicuratore o direttamente sul sito Internet www.groupemutuel.ch.

Condizioni generali d'assicurazione (CGA) Copertura d'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF

LAAAM02-I2 – edizione 01.01.2017

Indice

A. Generalità

- Art. 1 Diritto applicabile
Art. 2 Accettazione del contratto, diritto di rettifica
Art. 3 Classificazione e ricorso

B. Estensione dell'assicurazione

- Art. 4 Polizza d'assicurazione

C. Inizio e fine del contratto

- Art. 5 Inizio e fine del contratto

D. Premi

- Art. 6 Obbligo di pagare i premi
Art. 7 Pagamento del premio
Art. 8 Assicurazione facoltativa
Art. 9 Adeguamento del tasso dei premi

E. Altre disposizioni

- Art. 10 Obblighi del contraente
Art. 11 Obblighi degli assicurati/degli aventi diritto
Art. 12 Clausola mediatore
Art. 13 Comunicazioni

A. Generalità

Art. 1 Diritto applicabile

- Salvo disposizione legale contraria, le prestazioni dell'assicurazione sono erogate per gli infortuni professionali e non professionali. Le malattie professionali sono equiparate agli infortuni professionali conformemente alla legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) e all'ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OLAINF).
- Le basi giuridiche del contratto sono costituite:
 - dalle presenti condizioni generali d'assicurazione, dalle disposizioni della polizza e dalle eventuali clausole addizionali;
 - dalle dichiarazioni scritte nella proposta e dalle altre dichiarazioni scritte del contraente;
 - dalla legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) e dalle relative ordinanze (OLAINF, OPI, ecc.);
 - dalla legge sulla protezione dei dati (LPD) cui si conforma l'assicuratore per il trattamento dei dati;
 - dalla legge federale sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) e dalla sua ordinanza (OPGA).

Art. 2 Accettazione del contratto, diritto di rettifica

Se il contenuto del contratto non corrisponde a quanto convenuto, il contraente può richiederne la rettifica entro quattro settimane dalla ricezione del contratto, altrimenti questo è considerato accettato.

Art. 3 Classificazione e ricorso

Per quanto concerne la classificazione in materia di tariffe dei

premi, il contratto costituisce una decisione ai sensi dell'articolo 49 LPGA. Il contraente può, entro 30 giorni, impugnare tale decisione tramite opposizione; questa può essere inoltrata per iscritto all'assicuratore che ha preso la decisione o formulata oralmente in occasione di un colloquio individuale con l'assicuratore. L'opposizione deve essere motivata. L'opposizione formulata oralmente deve essere verbalizzata dall'assicuratore e debitamente firmata dall'opponente. La procedura d'opposizione è gratuita. Non è accordata alcuna spesa.

B. Estensione dell'assicurazione

Art. 4 Polizza d'assicurazione

Nella polizza d'assicurazione sono stipulati tutti i dettagli della copertura assicurativa, in particolare le persone assicurate e le eventuali condizioni particolari.

C. Inizio e fine del contratto

Art. 5 Inizio e fine del contratto

- Inizio del contratto
La data d'entrata in vigore del contratto è indicata nella polizza. Il contratto è stipulato per una durata di tre o cinque anni.
- Fine del contratto
Alla scadenza del contratto e salvo notifica di disdetta ricevuta al massimo entro il 30 settembre, il contratto si rinnova tacitamente di anno in anno.
Per ogni assicurato, l'assicurazione facoltativa si estingue:
 - alla disdetta del contratto;
 - dal momento in cui è soggetto all'assicurazione obbligatoria;
 - in caso di esclusione per mancato pagamento dei

- premi o per falsa dichiarazione;
- d. tre mesi dopo la cessazione dell'attività lucrativa indipendente o della collaborazione quale componente della famiglia non assicurato a titolo obbligatorio.

D. Premi

Art. 6 Obbligo di pagare i premi

1. Il contraente è il debitore dei premi.
2. I premi dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni e le malattie professionali sono a carico del datore di lavoro.

I premi dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni non professionali sono a carico del lavoratore. Sono riservate le convenzioni contrarie in favore del lavoratore.

Art. 7 Pagamento del premio

1. Acconto dei premi
I premi per ogni anno civile sono da pagare anticipatamente. Con una maggiorazione prevista dall'OLAINF, il contraente può frazionare il pagamento dei premi a rate semestrali o trimestrali. Il termine per il pagamento dei premi è di un mese a decorrere dalla scadenza. Trascorso tale termine e conformemente alle modalità previste dall'OLAINF, l'assicuratore addebita un interesse di mora dello 0,5% al mese per ogni mese di ritardo.
2. Su richiesta del contraente, l'assicuratore può modificare il premio provvisorio.
3. Conteggio definitivo dei premi
 - a. Alla fine dell'anno civile, è stilato il conteggio dei premi sulla base del salario AVS, a condizione che non superi il guadagno massimo assicurabile. Le altre specificità derivano dal modulo di dichiarazione dei salari. Il contraente ha un mese a disposizione per compilare la dichiarazione dei salari assicurati versati durante l'anno civile trascorso.
 - b. Se il modulo di dichiarazione dei salari non è trasmesso entro i termini, l'assicuratore intima al contraente di farlo. Se la diffida resta senza effetto, l'assicuratore applicherà automaticamente una maggiorazione che farà aumentare il premio annuale dell'esercizio precedente.
4. Premio forfettario
Se il contratto prevede un premio forfettario, l'assicuratore rinuncia a un conteggio annuale basato sul salario effettivo.
Se il totale dei salari annui effettivi supera i CHF 10'000, il contraente deve informare l'assicuratore e pagare, nel caso retroattivamente per cinque anni o più, il sovrapprezzo necessario.

Art. 8 Assicurazione facoltativa

Nei limiti previsti dalla LAINF, l'ammontare del guadagno assicurato è convenuto tra l'assicuratore e l'assicurato al momento della stipulazione del contratto e può essere modificato all'inizio di ogni anno civile. Le prestazioni in contanti sono calcolate in base alla perdita effettiva di salario.

Art. 9 Adeguamento del tasso dei premi

1. In caso di modifica della tariffa dei premi o di classificazione delle aziende nelle classi e nei gradi della stessa,

l'assicuratore propone l'adeguamento del contratto a partire dal successivo anno civile. In questo caso, deve informare il contraente almeno due mesi prima dell'entrata in vigore della modifica.

2. In caso di aumento dei tassi di premio netti o di aumento del supplemento di premio per spese di gestione (in percentuale), il contraente può disdire il contratto entro un termine di 30 giorni dalla ricezione della notifica dell'assicuratore. Tali disposizioni non si applicano in caso di modifica degli altri supplementi di premio.

E. Altre disposizioni

Art. 10 Obblighi del contraente

Il contraente ha l'obbligo di:

- notificare immediatamente all'assicuratore qualsiasi evento che possa dar diritto a prestazioni;
- fornire all'assicuratore qualsiasi informazione necessaria e tenere a sua disposizione qualsiasi documento utile per definire le circostanze dell'infortunio;
- pagare i premi;
- informare i lavoratori assicurati che lasciano l'azienda delle misure necessarie;
- dichiarare i salari;
- informare l'assicuratore di qualsiasi aggravamento considerevole del rischio.

Art. 11 Obblighi degli assicurati/ degli aventi diritto

Gli assicurati/gli aventi diritto hanno l'obbligo di:

- notificare subito il sinistro al datore di lavoro/all'assicuratore;
- fornire al datore di lavoro/all'assicuratore qualsiasi documento necessario per determinare il diritto alle prestazioni;
- esonerare il personale medico consultato dal segreto medico e professionale nei confronti del medico di fiducia dell'assicuratore;
- collaborare con l'assicuratore e i terzi da lui autorizzati (ispettore dei sinistri, gestore, medici ecc.);
- presentare una domanda di prestazioni presso l'Assicurazione per l'invalidità al massimo entro sei mesi dall'inizio dell'incapacità o, previo suggerimento dell'assicuratore, presso un altro ente sociale;
- partecipare, nei limiti di ciò che può essere ragionevolmente preteso, a una cura o a una misura di reinserimento professionale.

Art. 12 Clausola mediatore

Se il contraente delega un mediatore, questo gestisce le relazioni con l'assicuratore. Trasmette tutte le domande e le risposte, salvo i pagamenti, di una delle parti nei confronti dell'altra. Tali dati sono considerati come ricevuti dal contraente, quando sono ricevuti dal mediatore.

Art. 13 Comunicazioni

1. Tutte le comunicazioni devono essere indirizzate all'amministrazione generale dell'assicuratore o a una delle sue agenzie ufficiali.
2. Le comunicazioni dell'assicuratore vengono inviate all'ultimo indirizzo che il contraente o l'assicurato ha indicato all'assicuratore.