

Condizioni generali dell'assicurazione individuale contro gli infortuni CGA Copertura complementare alla LAINF o integrale

Edizione 1.1.2003

Indice	
A.	Disposizioni generali
Art. 1	Basi del contratto d'assicurazione
Art. 2	Persone assicurate
Art. 3	Validità territoriale
B.	Oggetto dell'assicurazione
Art. 4	Oggetto dell'assicurazione
Art. 5	Riduzione delle prestazioni in caso di colpa grave, pericoli straordinari e atti temerari
Art. 6	Esclusioni dell'assicurazione
C.	Prestazioni
Art. 7	Spese di trattamento (prestazioni per cure e rimborso delle spese)
Art. 8	Indennità giornaliera d'ospedalizzazione
Art. 9	Indennità giornaliera
Art. 10	Invalidità
Art. 11	Decesso
Art. 12	Riduzione delle somme dell'assicurazione
Art. 13	Determinazione delle prestazioni assicurate
Art. 14	Computazione sulle pretese di responsabilità civile
Art. 15	Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni
D.	Premi
Art. 16	Premio anticipato e conteggio definitivo del premio
Art. 17	Rimborso del premio non consumato
Art. 18	Modifica della tariffa dei premi
Art. 19	Diffida e costituzione in mora
E.	Sinistri
Art. 20	Obbligo di dichiarare
Art. 21	Conseguenze in caso di notifica tardiva dell'infortunio
F.	Durata del contratto
Art. 22	Inizio e fine della copertura d'assicurazione
Art. 23	Durata del contratto e disdetta
Art. 24	Modifica del rischio assicurato
G.	Disposizioni finali
Art. 25	Prescrizione
Art. 26	Comunicazioni
Art. 27	Luogo d'esecuzione e foro
Art. 28	Testo di riferimento

A. Disposizioni generali

- Art. 1** Basi del contratto d'assicurazione
- La proposta d'assicurazione, le presenti condizioni generali, le eventuali condizioni complementari come pure la polizza d'assicurazione e le sue aggiunte costituiscono le basi del contratto d'assicurazione.
 - Il contratto d'assicurazione è retto dalle prescrizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908 per le questioni che non sono regolate dalle basi giuridiche menzionate più sopra.
 - Inoltre, allorché lo stipulante d'assicurazione ed i suoi assicurati sono domiciliati nel Principato del Liechtenstein, le disposizioni della legge del 6 giugno 1941 del Liechtenstein relativa all'adozione della LCA sono parte integrante del contratto d'assicurazione.

- Art. 2** Persone assicurate
- Chiunque abbia compiuto 15 anni, ma che non ne abbia ancora compiuti 65, può aderire ad una delle seguenti forme assicurative:
- Assicurazione complementare alla LAINF: purché la persona aderisca all'assicurazione obbligatoria contro gli incidenti LAINF.
 - Assicurazione integrale: purché la persona non sia assicurata o abbia cessato di essere assicurata a titolo obbligatorio o facoltativo contro gli incidenti professionali e non professionali conformemente alle disposizioni della LAINF.

- Art. 3** Validità territoriale
- L'assicurazione è valida nel mondo intero.

B. Oggetto dell'assicurazione

Art. 4 Oggetto dell'assicurazione

1. L'assicurazione comprende gli infortuni professionali, gli infortuni non professionali e le malattie professionali, conformemente alle garanzie stipulate nella polizza.
2. È considerato infortunio professionale quello definito dalla legge sull'assicurazione infortuni LAINF sopravvenuto all'assicurato durante lo svolgimento della sua attività lucrativa. Qualunque altro infortunio sarà da considerarsi non professionale.
3. È considerata malattia professionale quella definita dalla legge sull'assicurazione infortuni LAINF; sono assimilate agli infortuni a carattere professionale, dal giorno in cui si è dichiarata, rispettivamente da quando, per la prima volta, l'assicurato si deve sottomettere ad un trattamento medico o è incapace di lavorare.
4. L'assicuratore verserà delle prestazioni unicamente se il verificarsi dell'infortunio o della lesione corporale o l'ultima messa in pericolo prima della dichiarazione della malattia professionale ha avuto luogo nel corso della durata di validità del contratto.
5. Per certe malattie professionali specificamente previste dalla legge, le prestazioni sono calcolate, conformemente alla LAINF, proporzionalmente alla durata dell'esposizione al pericolo, durante il periodo di garanzia previsto dalla presente polizza, rispetto alla durata totale dell'esposizione.

Art. 5 Riduzione delle prestazioni in caso di colpa grave, pericoli straordinari e atti temerari
L'assicuratore rinuncia a ridurre le sue prestazioni per tutti gli infortuni assicurati da questo contratto e dovuti ad una colpa grave, a pericoli straordinari o ad atti temerari ai sensi della legislazione sull'assicurazione infortunio LAINF.
L'articolo 6 delle presenti condizioni generali è riservato.

Art. 6 Esclusioni dell'assicurazione

1. Non è accordata nessuna prestazione d'assicurazione per gli infortuni professionali e non professionali per i quali la Legge federale sull'assicurazione infortunio (LAINF) non interviene (casi di rifiuto di prestazioni).
2. Inoltre, sono esclusi dall'assicurazione:

- i danni intenzionali;
- gli incidenti in caso di un'interpretazione intenzionale di un crimine o di un delitto (compresi gli incidenti sotto l'influenza dell'alcool);
- il suicidio, la mutilazione volontaria o il tentativo a questo fine;
- gli infortuni sopravvenuti in occasione di terremoti in Svizzera o nel Liechtenstein;
- gli incidenti intervenuti durante il servizio militare all'estero;
- la partecipazione ad atti di guerra;
- la partecipazione ad atti di terrorismo e banditismo;
- la partecipazione a risse e tafferugli, a meno che l'assicurato non rimanga ferito da protagonisti allorché non prendeva parte a queste azioni o se veniva in aiuto ad un'altra persona indifesa;
- la partecipazione a disordini;
- i danni dovuti a radiazioni ionizzanti di qualsiasi tipo. Quest'esclusione non comprende le affezioni conseguenti ai trattamenti a base di radiazioni prescritte su ordine medico, in seguito ad un evento assicurato.

C. Prestazioni

Art. 7 Spese di trattamento (prestazioni per cure e rimborso delle spese)

a. Assicurazione complementare alla LAINF o integrale

Allorquando le spese di trattamento sono assicurate e sopravvenute secondo la convenzione, l'assicuratore prende a carico, al massimo per una durata di cinque anni a partire dal giorno dell'infortunio, la differenza fra le prestazioni dovute dall'assicuratore LAINF e quelle previste qui di seguito (assicurazione complementare alla LAINF), rispettivamente per la copertura integrale, le spese di trattamento prescritte. Salvo disposizioni contrarie, la tarifficazione delle cure resta identica alla LAINF. Le cure e trattamenti devono essere amministrati dal personale medico conformemente alla LAINF (cf. Allegato A che fa parte integrante delle presenti condizioni generali):

1. Cura medica
Le spese per le cure, compresi i medicinali e le analisi.
2. Ricovero
In conformità alla classe assicurativa prevista nella polizza, le spese di trattamento e le spese di degenza presso un istituto ospedaliero svizzero riconosciuto dall'assicuratore.

3. Soggiorni per cure e convalescenza
Le spese per le cure mediche prescritte all'interno di un istituto di cura o convalescenza, conformemente all'articolo 8 qui di seguito riportato. Le spese supplementari per il soggiorno e la pensione sono rimborsate fino ad un importo di Fr. 200.– per giorno, per un massimo di 30 giorni per soggiorno, fino a 120 giorni per lo stesso infortunio.

4. Medicina alternativa
L'importo previsto per le spese delle terapie seguenti nella misura in cui vengono effettuate da un medico svizzero laureato o da un medico specializzato in naturopatia riconosciuto dall'assicuratore.

Lista delle terapie:

Naturopatia:

Agopuntura, aromaterapia, auricoloterapia, biorisonanza, bioterapia, cromoterapia, consigli nutrizionali, elettroagopuntura, geobiologia, erboristeria, omeopatia, iridologia, irrigazione del colon, laserterapia, magnetismo, magnetoterapia, moraterapia, ossigenoterapia, fitoterapia, simpaticoterapia, ventose.

Tecniche di massaggio:

Agopuntura, drenaggio linfatico, etiopatia, euritmia, fasciaterapia, integrazione posturale, chinesioterapia, massaggi, medicina antroposofica, mesoterapia, ortobionomia, osteopatia, polarità, riequilibrio energetico, riflessologia, reiki, rolfing, shiatsu, trager, training autogeno.

Psicoterapia:

biodinamica, rebirthing, sofrologia, metodo tomatis.

Qualsiasi cambiamento volontario di terapia o di praticante nel corso del trattamento dovrà essere anticipatamente approvato dall'assicuratore.

5. Deduzione per le spese di mantenimento
L'assicuratore prende a carico la deduzione per le spese di mantenimento in caso di soggiorno in un istituto ospedaliero effettuata dall'assicuratore LAINF o l'assicuratore militare svizzero.

6. Mezzi ausiliari
Le spese per la prima acquisizione di mezzi ausiliari destinati a compensare una lesione corporale, la limitazione o la perdita di una funzione (protesi, occhiali, apparecchi acustici e mezzi ausiliari ortopedici).
Le spese per la riparazione o la sostituzione (valore a nuovo) di oggetti destinati a sostituire morfologicamente o funzionalmente una

parte del corpo, nell'ipotesi in cui questi ultimi sono stati danneggiati o distrutti in un infortunio assicurato, dalla quale deriva una lesione corporale che necessita un trattamento.

7. Cure a domicilio
L'importo per le spese dispensate da personale infermieristico con prescrizione medica nel corso della durata del trattamento.
8. Aiuto familiare
Se un'incapacità di lavoro di almeno 50% è attestata, l'assicurato beneficia di un'indennità di Fr. 50.– al giorno, al massimo 120 giorni per infortunio. L'indennizzazione di una persona vivendo in comunità domestica con la persona incidentata è esclusa.
9. Trasporto
Le spese necessarie per il trasporto dell'assicurato fino al luogo del trattamento, per tutta la durata del trattamento. Il trasporto aereo sarà preso a carico se è giustificato da ragioni mediche o tecniche.
10. Spese funerarie e trasporto
Le spese necessarie per le spese funerarie ed il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura, nella misura in cui il decesso è conseguenza di un infortunio assicurato.
11. Operazioni di ricerca
Le spese necessarie, fino a concorrenza di Fr. 20'000.– per assicurato.
12. Indennità per altri inconvenienti
Un'indennità forfetaria supplementare a copertura di ulteriori inconvenienti causati dal sinistro, è versata come segue:
Fr. 400.– se le spese mediche (secondo cfr. 1) causate dall'infortunio sono superiori a Fr. 1'000.–
Fr. 600.– se sono superiori a Fr. 2'000.–
Fr. 800.– se sono superiori a Fr. 3'000.–
Fr. 1'000.– se sono superiori a Fr. 4'000.–
- b. Assicurazione complementare all'assicurazione contro le malattie (LAMal)
1. Se le spese di guarigione consecutive ad un infortunio sono assicurate a complemento delle prestazioni dell'assicurazione contro le malattie (LAMal), l'assicuratore avrà unicamente a suo carico, nell'ambito delle presenti disposizioni, la parte delle spese non coperta dall'assicurazione contro le malattie o dall'assicurazione legale contro gli infortuni.
2. Le franchigie, la partecipazione alle spese e le eventuali tasse messe in conto dall'assicuratore malattia non sono oggetto di indennizzo.
- c. Assicurazione complementare alla LAINF
Se, al momento dell'infortunio, non esiste o non esiste più un'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF, l'assicuratore prenderà unica-

mente a carico la metà delle prestazioni che sarebbero dovute in virtù dell'articolo 7, lettera a, punti da 1 a 3; le prestazioni previste dall'articolo 7, lettera a, punti da 4 a 12 sono pagate senza riduzioni. Tuttavia, queste prestazioni saranno versate unicamente a complemento di quelle dovute da eventuali altri assicuratori.

d. Prestazioni di terzi

1. Se le spese di guarigione, secondo la lettera a, sono dovute in virtù dell'assicurazione militare federale, dell'assicurazione invalidità federale o di qualunque altra assicurazione sociale, l'assicuratore completa le sue prestazioni fino all'ammontare delle spese di trattamento occasionate.
2. Se le spese di guarigione sono garantite da più assicurazioni presso assicuratori omologati, l'insieme delle prestazioni non può eccedere il totale delle spese effettive che risultano dall'infortunio. L'assicuratore non interverrà che nella proporzione esistente tra le prestazioni da lui assicurate e l'importo totale delle prestazioni garantite da tutti gli assicuratori.
3. Con il sopravvenimento del sinistro, l'assicuratore è surrogato, fino all'ammontare delle prestazioni convenute, nei diritti dell'assicurato contro qualunque terzo responsabile.

Art. 8 Indennità giornaliera d'ospedalizzazione

a. Diritto

L'assicuratore paga l'indennità giornaliera d'ospedalizzazione convenuta per qualsiasi degenza in un istituto 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 l'applicazione di un trattamento medico atto a migliorare il danno alla salute o ad impedire uno sviluppo sfavorevole di quest'ultimo.

Inoltre, il soggiorno in un istituto di cure è coperto unicamente nella misura in cui l'assicurato seguiva un trattamento medico prima dell'inizio della cura.

Gli ospedali e gli istituti psichiatrici o di cura devono essere diretti o controllati da medici.

Le cure di balneoterapia fatte sotto controllo medico danno diritto ad un'indennità giornaliera d'ospedalizzazione.

I soggiorni di convalescenza sono presi a carico se hanno avuto luogo in un istituto di cura sotto direzione medica.

Se delle cure sono dispensate a domicilio con prescrizione medica al fine di evitare un'ospedalizzazione, l'assicuratore versa all'assicurato un'

indennità giornaliera corrispondente al massimo alla metà dell'indennità giornaliera d'ospedalizzazione convenuta.

b. Durata delle prestazioni

L'indennità giornaliera di ricovero è versata per un periodo di cinque anni a partire dal primo giorno dell'infortunio:

- per le degenze ospedaliere, che durano al massimo 360 giorni per infortunio;
- per le degenze di cura o convalescenza, che durano al massimo 30 giorni per soggiorno, fino a 120 giorni per lo stesso infortunio;
- in caso di cure dispensate a domicilio, la metà dell'indennità giornaliera d'ospedalizzazione convenuta è versata dall'assicuratore durante al massimo 200 giorni di cure per infortunio.

Art. 9 Indennità giornaliera

a. Diritto

L'assicuratore versa all'assicurato colpito da un'incapacità di lavoro certificata da un medico, l'indennità giornaliera convenuta nella polizza. L'indennità giornaliera assicurata è concessa all'espiazione del termine di attesa convenuto nella polizza.

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

b. Obbligo dell'assicurato

L'assicurato può farsi esaminare da un medico di sua scelta. Se l'assicurato, senza valido motivo, non si presenta il giorno della convocazione, l'assicuratore si riserva il diritto di rifiutare o di ridurre le prestazioni ed anche di richiedere il rimborso delle prestazioni di quelle già anticipate e di fatturare all'assicurato gli onorari relativi alla consultazione.

c. Durata delle prestazioni

L'indennità giornaliera è versata, per infortunio, durante 720 giorni in un periodo di cinque anni a partire dal giorno dell'infortunio, ma in tutti i casi al più tardi fino al versamento di una prestazione d'invalidità secondo l'articolo 10 delle presenti condizioni generali.

d. Incapacità parziale al lavoro

In caso d'incapacità parziale al lavoro, un'indennità giornaliera ridotta in proporzione al grado d'incapacità di lavoro è versata dall'assicuratore per la durata prevista alla lettera precedente.

I giorni d'incapacità parziale sono contati come giorni interi sia per il calcolo del termine d'attesa che per la durata delle prestazioni.

e. Prestazioni di terzi

Nella misura in cui l'assicurato ha pure diritto a prestazioni dell'assicurazione militare federale, dell'assicurazione invalidità federale o di qualunque altra assicurazione sociale, l'assicuratore completa queste prestazioni fino a concorrenza della perdita di guadagno effettiva dell'assicurato. Egli paga al massimo l'indennità giornaliera convenuta.

Con il sopravvenimento del sinistro, l'assicuratore è surrogato, fino all'ammontare delle prestazioni convenute, ai diritti dell'assicurato contro qualunque terzo responsabile.

Allorquando, l'indennità giornaliera è garantita da diverse assicurazioni stipulate presso assicuratori concessionari, la perdita di salario totale è indennizzata una sola volta. L'assicuratore interviene unicamente nella proporzione esistente tra le prestazioni da lui assicurate e l'importo totale delle prestazioni garantite da tutti gli assicuratori.

diverse percentuali sono addizionate. Il grado d'invalidità non può tuttavia essere superiore al 100%.

3. Prestazioni in capitale costante

Calcolo del capitale

Il capitale d'invalidità è calcolato in funzione del grado d'invalidità, della somma d'assicurazione convenuta e della variante di progressione scelta.

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

Variante di progressione

Nell'ipotesi in cui l'assicurazione invalidità progressiva è stata stipulata, il capitale d'invalidità è calcolato secondo la variante di progressione scelta e la tabella qui di seguito:

Prestazioni in % dell'importo assicurato

Grado inv. %	Indennità senza progr.	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

Art. 10 Invalidità

a. Tipi di prestazioni

L'assicuratore paga, secondo la copertura scelta:

- un capitale d'invalidità indipendente dall'età dell'assicurato (prestazioni in capitale costante, secondo lett. b, cfr. 3 sotto menzionata) e/o,
- delle spese di chirurgia estetica (secondo la lett. c qui di seguito) e/o,
- delle spese di reinserimento professionale (secondo la lett. d qui di seguito).

b. Prestazioni in capitale

1. Diritto alle prestazioni

Il capitale d'invalidità è versato dal momento in cui l'invalidità è presunta permanente.

2. Grado d'invalidità

Il grado di invalidità è stabilito secondo la tabella delle minacce all'integrità che figurano all'allegato 3 dell'Ordinanza integrativa sull'assicurazione infortuni (OAINF).

L'incapacità funzionale assoluta di un membro o di un organo equivale alla sua perdita completa.

In caso di perdita o d'incapacità funzionale parziale, la percentuale è ridotta proporzionalmente.

Se il grado d'invalidità non può essere stabilito in applicazione delle regole che precedono, si stabilisce allora, procedendo sulla base delle constatazioni mediche, per analogia tenendo conto della gravità dell'offesa.

Se diverse parti del corpo o diversi organi sono toccati in seguito allo stesso infortunio, le

Prestazioni in % dell'importo assicurato			
Grado	Indennità secondo varianti		
inv. %	senza progr.	A	B
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
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

Prestazioni in % dell'importo assicurato			
Grado	Indennità secondo varianti		
inv. %	senza progr.	A	B
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

c. **Danni estetici**

Se l'infortunio ha causato gravi e permanenti sfigurazioni al livello fisico (danni estetici) che non danno diritto ad un capitale di invalidità secondo la lettera b qui di seguito, ma costituiscono comunque un danno fisico tale da causare un danno certo all'assicurato in futuro, al livello economico o per la sua situazione sociale, l'assicuratore dovrà pagare un'indennità pari a:

- 10% della somma assicurativa convenuta nella polizza se la mutilazione riguarda il viso;
- 5% della somma assicurativa convenuta nella polizza se tale mutilazione riguarda altre parti del corpo normalmente visibili.

L'indennità dovuta per tali danni non supererà in alcun caso la somma di Fr. 20'000.--.

d. **Spese di reinserimento professionale**

Se, in seguito allo stesso infortunio, occorrerà un reinserimento professionale, l'assicuratore si assumerà oltre alle prestazioni citate alle lettere b e c, le spese corrispondenti non coperte da altre assicurazioni che ne derivano, al massimo Fr. 20'000.--.

Art. 11 Decesso

a. **Diritto**

Se l'infortunio ha come conseguenza il decesso di un assicurato, l'assicuratore versa il capitale decesso convenuto ai beneficiari nell'ordine seguente:

1. **Coniuge superstite**

Il coniuge superstite ha diritto al capitale decesso.

Nell'ipotesi in cui il matrimonio è stato contratto dopo l'infortunio, l'esistenza del diritto è subordinata alla condizione che la promessa di matrimonio sia stata pubblicata prima dell'infortunio o che il matrimonio sia durato almeno due anni al momento del decesso dell'assicurato.

2. Figli

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

Sono ugualmente assimilati a questi, i figli le cui spese di mantenimento e di educazione al momento dell'infortunio erano assunte gratuitamente e in maniera duratura dall'assicurato. In mancanza di uno di essi, la parte che sarebbe loro aspettata passa agli eredi.

3. Altri sopravvissuti

Al padre e alla madre in parti eguali.

A difetto, ai fratelli e alle sorelle, in parti eguali. Se uno dei fratelli o delle sorelle sarà già deceduto, la sua parte sarà versata ai discendenti.

L'insieme delle prestazioni d'assicurazione è attribuito al coniuge superstite nell'ipotesi che l'assicurato alla sua morte lascia un coniuge e dei figli.

In assenza di superstiti tali quelli sopra menzionati, l'assicuratore paga solo la parte delle spese di sepoltura non coperta da un altro assicuratore e ciò al massimo fino a concorrenza del 10% dell'importo del capitale in caso di decesso, ma al massimo Fr. 10'000.–.

b. Cumulo della prestazioni

Eventuali prestazioni in caso d'invalidità (cf art. 10 delle dette condizioni generali), già pagate per le conseguenze dello stesso incidente, verranno detratte dalle prestazioni in caso di decesso.

c. Colpa di un superstite

Colui che ha causato intenzionalmente il decesso dell'assicurato è decaduto dal suo diritto a delle prestazioni.

Il superstite che ha provocato il decesso dell'assicurato per una negligenza grave si vedrà ridurre le prestazioni in contanti a cui avrebbe diritto. Nei casi particolarmente gravi esse possono essere rifiutate.

Art. 12 Riduzione delle somme dell'assicurazione
Allorquando l'assicurato compie l'età della pensione stabilita dalla legge federale sull'assicurazione di vecchiaia e superstiti del 20 dicembre 1946

(LAVS), le somme di assicurazione assicurate sono limitate al massimo come segue:

- in caso di decesso a Fr. 30'000.–;
- in caso di invalidità a Fr. 100'000.– (variante senza progressione).

Art. 13 Determinazione delle prestazioni assicurate

1. L'indennità giornaliera può essere un'indennità fissa, ovvero calcolata secondo il guadagno giornaliero assicurato.

2. Le prestazioni in caso di invalidità e di decesso sono calcolate secondo la combinazione di capitali stabilita nella polizza.

3. Salvo disposizione contraria prevista nella polizza, il guadagno assicurato è determinato in base alle disposizioni della legislazione sull'assicurazione contro gli infortuni.

Salvo convenzione contraria prevista nella polizza, il guadagno determinante totale è limitato al massimo a Fr. 300'000.– per assicurato e per anno.

Art. 14 Computazione sulle pretese di responsabilità civile

Le indennità versate in virtù delle presenti condizioni generali sono computate sulle eventuali pretese di responsabilità civile avanzate dall'assicurato o dai suoi superstiti verso lo stipulante d'assicurazione o altri membri dell'impresa.

Art. 15 Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni

Gli assicurati non possono né cedere, né costituire in pegno i loro crediti verso l'assicuratore senza il consenso dello stesso.

D. Premi

Art. 16 Premio anticipato e conteggio definitivo del premio

1. Salvo disposizione contraria, il premio è fissato per anno assicurativo. E' pagato anticipatamente, all'inizio dell'anno assicurativo.

Nell'ipotesi in cui è stato convenuto il pagamento mediante acconti, gli acconti che giungono a scadenza nel corso dell'anno d'assicurazione in corso sono dovuti. Il termine di pagamento è di un mese dopo la scadenza.

È riservato l'articolo 17 delle presenti condizioni generali.

2. Se il premio dell'indennità giornaliera è calcolato secondo il guadagno giornaliero assicurato, un conteggio definitivo del premio è stabilito alla fine

di ogni anno d'assicurazione o in seguito all'annullamento del contratto. L'assicurato è tenuto a comunicare all'assicuratore tutti i dati necessari per il conteggio definitivo del premio (conti di stipendio o AVS).

L'assicuratore comunica all'assicurato l'importo di un eventuale premio complementare, pagabile entro il termine di un mese.

L'importo versato in troppo è registrato come acconto sul premio provvisorio dell'anno seguente o, su richiesta, rimborsato allo stipulante d'assicurazione.

Le parti contraenti rinunciano al premio complementare, rispettivamente al premio pagato in eccedenza, nella misura in cui esso è inferiore a Fr. 20.–.

Art. 17 Rimborso del premio non consumato

1. Allorquando il contratto viene disdetto prima dello spirare dell'anno d'assicurazione, l'assicuratore rimborsa all'assicurato il premio che corrisponde alla parte non trascorsa del periodo d'assicurazione in corso e rinuncia ad esigere il versamento di ulteriori acconti.
2. La regolamentazione del capoverso precedente non è applicabile:
 - in caso di disdetta del contratto da parte dell'assicurato in seguito ad un sinistro;
 - in caso di disdetta da parte dell'assicurato di un contratto in vigore da meno di un anno;
 - se l'assicurato contravviene ai suoi obblighi nei riguardi dell'assicuratore allo scopo di indurlo in errore.
3. Sono riservate le disposizioni relative al conteggio definitivo del premio secondo l'articolo 16 sopra riportato.

Art. 18 Modifica della tariffa dei premi

1. Se i premi del tariffario riguardanti una o più prestazioni assicurate (art. 7 a 11 CGA) vengono modificati, l'assicuratore può richiedere l'adeguamento del contratto per il prossimo periodo assicurativo. L'assicuratore deve informare l'assicurato delle nuove disposizioni del contratto al più tardi 25 giorni prima dello spirare dell'anno civile.
2. In tal caso, l'assicurato ha allora il diritto di disdire la parte del contratto d'assicurazione che è stata modificata o l'intero del contratto, per la fine dell'anno d'assicurazione in corso. Per essere valida, la disdetta deve essere impostata e ricezionata al più tardi il 31 dicembre tramite invio lettera firmata (LF).
3. Se l'assicurato non rescinde il contratto, gli adattamenti effettuati al livello del premio saranno considerati come accettati.

Art. 19 Diffida e costituzione in mora

1. Se il premio o gli acconti dei premi non sono pagati nel termine stabilito, l'assicurato è diffidato per iscritto a sue spese di effettuare il pagamento entro 14 giorni dalla data dell'invio della diffida, con richiamo delle conseguenze per il ritardo. Se la diffida resta senza effetto, l'obbligo delle prestazioni cessa una volta trascorso il termine della diffida.
2. L'assicurato non può pretendere il pagamento delle prestazioni per delle malattie, infortuni e loro postumi che esistevano o che si sono manifestati durante la sospensione dell'obbligo alle prestazioni, anche se il premio in seguito è pagato.
3. Quando l'assicuratore avvia una procedura esecutiva contro lo stipulante, possono essere reclamate delle spese amministrative, come pure delle spese d'apertura della pratica.

E. Sinistri

Art. 20 Obbligo di dichiarare

L'assicurato deve notificare al più presto per iscritto al suo datore di lavoro o all'assicuratore qualunque infortunio che necessita un trattamento medico o provoca un'incapacità lavorativa. Se l'assicurato decede a causa dei postumi dell'infortunio, quest'obbligo incombe ai superstiti che hanno diritto a delle prestazioni.

Art. 21 Conseguenze in caso di notifica tardiva dell'infortunio

Il ritardo ingiustificato nella notifica dell'infortunio da parte dell'assicurato o dei suoi superstiti, può abilitare l'assicuratore a dimezzare alcune o tutte le prestazioni per la durata della notifica tardiva o in modo generale; in caso di una notifica intenzionalmente falsa dell'infortunio, l'assicuratore può rifiutare completamente alcune o tutte le prestazioni.

E. Durata del contratto

Art. 22 Inizio e fine della copertura d'assicurazione

1. La copertura d'assicurativa inizia a partire dalla data stabilita nella polizza e termina con la rescissione della polizza.
2. Si estingue alla fine dell'anno assicurativo nel corso del quale l'assicurato trasferisce il suo domicilio all'estero (eccetto Liechtenstein).

3. I casi di ricaduta sono presi in considerazione in un periodo di cinque anni dopo il sopravvenimento dell'incidente assicurato nel quadro del presente contratto, e purché la polizza sia in vigore al momento della ricaduta.

Art. 23 Durata del contratto e disdetta

1. Al termine della durata convenuta nella polizza, il contratto si rinnova tacitamente di anno in anno se non è denunciato almeno tre mesi prima della sua scadenza.
2. Per essere valida, la disdetta deve pervenire all'assicuratore, o all'assicurato, al più tardi il giorno che precede l'inizio del termine di tre mesi.
3. Se il contratto è concluso per una durata inferiore ad un anno, esso termina nel giorno convenuto.
4. Dopo ogni sinistro per il quale è dovuta una prestazione da parte dell'assicuratore, l'assicurato ha il diritto di denunciare il contratto al più tardi entro 14 giorni dal momento in cui è venuto a conoscenza del pagamento dell'indennità. Se l'assicurato denuncia il contratto, l'assicurazione cessa di esplicare i suoi effetti alla ricezione dell'avviso di disdetta da parte dell'assicuratore, che conserva i suoi diritti al premio per il periodo d'assicurazione in corso.
5. La disdetta deve essere notificata mediante invio lettera firmata (LF).

Art. 24 Modifica del rischio assicurato

- a. Aggravarsi del rischio
Nella misura in cui un fatto importante (es.: modifica del genere dell'impresa o della professione assicurata) si verifica e comporta un aggravarsi del rischio, l'assicurato è tenuto ad annunciarlo immediatamente per iscritto all'assicuratore.
In assenza di avviso, quest'ultimo non è più legato dal contratto in avvenire.
Il rischio aggravato è coperto nella misura in cui l'assicurato soddisfa il suo obbligo di avviso.
L'assicuratore ha tuttavia il diritto, entro i 14 giorni seguenti la ricezione della comunicazione da parte dall'assicurato, di rescindere il contratto. La disdetta diventa allora effettiva due settimane dopo la notifica.
Un eventuale sovrappremio è dovuto dal verificarsi dell'aggravamento.
- b. Ripresa di un'altra impresa
Allorquando l'assicurato cessa di gestire la sua impresa e ne rileva un'altra simile entro l'anno, questo non ha alcuna influenza sulla continuazione dell'assicurazione. Malgrado ciò, l'assicurato

è tenuto ad informare immediatamente l'assicuratore di un tale cambiamento, affinché possa aver luogo un adeguamento del contratto alla nuova situazione.

G. Disposizioni finali

Art. 25 Prescrizione

I crediti che derivano dal contratto d'assicurazione cadono in prescrizione due anni dopo il fatto da cui nasce l'obbligazione.

Art. 26 Comunicazioni

1. Tutte le comunicazioni devono essere inviate alla sede amministrativa dell'assicuratore a Martigny.
2. Le comunicazioni dell'assicuratore sono inviate all'ultimo indirizzo in Svizzera indicato all'assicuratore da parte dall'assicurato.

Art. 27 Luogo d'esecuzione e foro

1. Gli obblighi risultanti dal contratto devono essere eseguiti sul territorio svizzero e in franchi svizzeri.
2. In caso di contestazioni, l'assicurato o l'avente diritto può scegliere i tribunali del suo domicilio o sede in Svizzera oppure quelli della sede dell'assicuratore. Se l'assicurato o l'avente diritto è domiciliato all'estero, la sede dell'assicuratore è il foro esclusivo.

Art. 28 Testo di riferimento

In caso di divergenze linguistiche tra i testi, ha valore legale la versione francese.

Allegato A

Assicurazione integrale: copertura assicurativa totale

Assicurazione complementare: parte delle spese non coperte dall'assicuratore competente¹. Spese di guarigione

1. Spese di guarigione	
Cure ambulatoriali	Spese mediche - Libera scelta del fornitore delle prestazioni
Medicinali ed analisi	Ordinati dal prestatario delle cure
Ricovero	Spese mediche, di soggiorno e pensione (opzione privata) negli ospedali riconosciuti
Soggiorni di cura e convalescenza	Spese mediche ordinate dai medici Spese di soggiorno e pensione: Fr. 200.– per giorno, per un massimo di 30 giorni per soggiorno e 20 giorni per infortunio
Medicina alternativa	Fr. 70.– per seduta, massimo Fr. 1'000.– all'anno
Deduzione per le spese di mantenimento	Deduzione effettuata dall'assicuratore LAINF o l'assicuratore militare svizzero
Mezzi ausiliari	Spese per la prima acquisizione Spese di riparazione o sostituzione (valore a nuovo)
Cure domiciliari	Fornite dietro prescrizione medica da personale infermieristico
Aiuto famigliare	Fr. 50.– per giorno, massimo 120 giorni per caso se si attesta un'incapacità del 50%
Spese di trasporto	Spese necessarie fino al luogo di cura
Spese di sollevamento e trasporto del corpo	Spese necessarie fino al luogo di seppellimento
Operazioni di ricerca	Massimo Fr. 20'000.– per assicurato
Indennità per inconvenienti vari	Da Fr. 400.– a Fr. 1'000.– secondo le spese mediche generate
Durata	Massimo 5 anni a partire dal primo infortunio
2. Indennità giornaliera in caso di ricovero	
Importo	Fr. 10.–, 20.–, 50.–, 100.–, 150.– o 200.– al giorno
Durata	Ricovero: massimo 360 giorni per 5 anni Cure e convalescenze: 30 giorni per soggiorno, massimo 120 giorni per 5 anni
Cure domiciliari per evitare il ricovero	50% dell'indennità convenuta, massimo 200 giorni per infortunio
3. Indennità giornaliera	
Importo	Indennità fissa giornaliera o in % dello stipendio, massimo guadagno assicurato Fr. 300'000.– all'anno
Termini di attesa	Da 0 a 180 giorni
Durata	Massimo 720 giorni per un periodo di 5 anni per infortunio
4. Invalidità	
Capitale	Secondo la somma assicurativa convenuta
Varianti di progressione	3 varianti: senza progressione, 225% o 350%
Assicurato che abbia raggiunto l'età della pensione	Al massimo Fr. 100'000.– (variante senza progressione)
Danni estetici	10% o 5% della somma assicurativa secondo il danno massimo Fr. 20'000.–
Spese di reinserimento professionale	Spese adeguate, massimo Fr. 20'000.–
5. Decesso	
Capitale	Secondo la somma assicurativa convenuta
Spese di seppellimento	10% della somma assicurativa convenuta massimo Fr. 10'000.– in caso di assenza di eredi legali
Assicurato che abbia raggiunto l'età della pensione	Fr. 30'000.–