

Assicurazione collettiva contro gli infortuni complementare alla LAINF

edizione 01.08.2016

Informazioni pratiche e giuridiche conformemente alla Legge sul contratto d'assicurazione (LCA)

Il presente documento informa il cliente in modo chiaro e succinto sull'identità dell'assicuratore e sui principali elementi del contratto d'assicurazione, conformemente all'articolo 3 della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Chi è l'assicuratore?

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

Quali sono i rischi assunti dall'assicurazione?

L'assicurazione copre le conseguenze economiche degli infortuni professionali, termine con cui si intende qualsiasi infortunio ai sensi della legge sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) di cui l'assicurato è vittima durante lo svolgimento della propria attività lucrativa. Qualsiasi altro infortunio è da considerarsi non professionale ed è parte integrante della copertura assicurativa.

L'assicurazione copre altresì le malattie professionali. Per malattia professionale s'intende qualsiasi malattia ai sensi della Legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (LAINF); la malattia è equiparata agli infortuni professionali dal giorno in cui si è manifestata, rispettivamente da quando, per la prima volta, l'assicurato si deve sottoporre ad un trattamento medico o è incapace di lavorare.

Quali sono le prestazioni coperte dall'assicurazione?

La copertura si estende alle seguenti prestazioni:

- spese di trattamento secondo la variante scelta;
- indennità giornaliera d'ospedalizzazione;
- indennità giornaliera in caso d'incapacità lavorativa;
- indennità giornaliera in caso di ricaduta e di postumi tardivi di infortuni anteriori non coperti;
- indennità in caso di decesso nei limiti del diritto alle prestazioni della LAINF e delle disposizioni dell'articolo 338 CO;
- in caso d'invalidità: capitale invalidità e/o spese di chirurgia plastica e/o spese di reinserimento professionale;
- capitale in caso di decesso;
- prestazioni sotto forma di rendita eccedente LAINF;
- copertura della riduzione applicata dalla LAINF.

Tutti i dettagli sull'estensione delle prestazioni e le limitazioni sono stipulati nella polizza e nelle condizioni generali d'assicurazione.

Quali sono i tassi di premio?

I tassi di premio dipendono dalle prestazioni assicurate. Il premio è calcolato sulla base dei tassi di premio e dei salari dichiarati dal datore di lavoro.

Chi è il contraente e chi sono le persone assicurate?

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

Le persone assicurate possono essere:

- i salariati;
- il proprietario di una ragione individuale e i componenti della sua famiglia se indicati nella polizza;
- i soci se indicati nella polizza.

Polizza d'assicurazione

Nella polizza d'assicurazione sono indicate le persone assicurate, l'ammontare del salario massimo assicurato, le prestazioni assicurate e le eventuali condizioni particolari.

Quali sono gli obblighi del contraente?

Gli obblighi del contraente sono definiti nella polizza d'assicurazione e nelle condizioni generali d'assicurazione.

Ha l'obbligo di informare le persone assicurate sul contenuto essenziale del contratto, sulle sue modifiche e sulla disdetta, come pure sulla possibilità di mantenere la copertura d'assicurazione in caso di uscita dalla cerchia degli assicurati o se il contratto cessa.

Il contraente ha tra l'altro l'obbligo di:

- avvisare immediatamente l'assicuratore non appena apprende che un assicurato della sua azienda è stato vittima di un infortunio che necessita un trattamento medico, provoca un'incapacità lavorativa o causa il decesso dell'assicurato;
- comunicare immediatamente all'assicuratore la fine dei rapporti di lavoro dell'assicurato in incapacità lavorativa;
- trasmettere all'assicuratore, non appena effettuata la fatturazione definitiva, il modulo di dichiarazione dei salari e su richiesta i conteggi AVS delle persone assicurate;
- autorizzare l'assicuratore, rispettivamente i terzi delegati, a consultare in caso di necessità i libri e i documenti contabili dell'azienda e i documenti trasmessi alla cassa di compensazione AVS;

- fornire all'assicuratore qualsiasi documento necessario per definire il diritto alle prestazioni;
- informare l'assicuratore di un eventuale aggravamento del rischio (modifica del tipo di azienda o della professione assicurata).

Tutti gli obblighi del contraente sono stipulati nelle condizioni generali d'assicurazione.

Quali sono gli obblighi dell'assicurato?

L'assicurato ha l'obbligo di:

- informare subito il proprio datore di lavoro o 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;
- consultare nel suo studio, al massimo entro tre giorni dall'inizio dell'incapacità, un medico autorizzato e seguirne le prescrizioni;
- collaborare con l'assicuratore e con gli altri enti dell'assicurazione sociale;
- fare tutto il necessario per ridurre il danno;
- rimanere raggiungibile dall'assicuratore per controlli amministrativi e medici durante l'incapacità lavorativa;
- assumere, in caso di frode o di tentativo di frode all'assicurazione, i costi delle ricerche condotte per verificare la sua incapacità e per il monitoraggio dell'incanto.

Tutti gli obblighi dell'assicurato sono stipulati nelle condizioni generali d'assicurazione.

In quali casi l'assicuratore può ridurre o rifiutare le prestazioni assicurative?

L'assicuratore rinuncia a ridurre le proprie prestazioni per tutti gli infortuni assicurati nella polizza e dovuti a una colpa grave o a imprese temerarie ai sensi della legge sull'assicurazione contro gli infortuni LAINF, con riserva delle esclusioni previste nelle condizioni generali d'assicurazione.

Le prestazioni in contanti sono ridotte per analogia alla LAINF:

- in caso di infortuni provocati commettendo un delitto;
- in caso di partecipazione a risse o a liti;
- in caso di pericoli ai quali l'assicurato si espone provocando gravemente un'altra persona;
- in caso di partecipazione a sommosse.

Le prestazioni possono essere temporaneamente o definitivamente ridotte o rifiutate:

- se il contraente o l'assicurato non rispetta i propri obblighi;
- se l'assicurato rifiuta di collaborare alle misure d'istruzione o non si presenta a una convocazione imposta dall'assicuratore;
- se l'assicurato rifiuta di fornire tutte le informazioni su fatti di sua conoscenza che possono servire a determinare il diritto alle prestazioni.

Tutti i dettagli delle limitazioni di prestazioni sono stipulati nelle condizioni generali d'assicurazione.

Quando inizia il contratto?

Il contratto è stipulato non appena l'assicuratore comunica al contraente di accettare la proposta.

L'entrata in vigore del contratto è indicata nella polizza.

Quando finisce il contratto d'assicurazione?

La data di scadenza del contratto è fissata al 31 dicembre di un anno civile.

Il contraente può disdire il contratto nei seguenti casi:

- alla scadenza del contratto con preavviso scritto di tre mesi (la disdetta è considerata effettuata in tempo se l'assicuratore la riceve al massimo entro il 30 settembre; se il contratto non è disdetto, si rinnova tacitamente di anno in anno);
- dopo ogni sinistro per il quale l'assicuratore ha erogato una prestazione, al massimo entro 14 giorni dalla data in cui è venuto a conoscenza del pagamento della prestazione;
- se l'assicuratore modifica i premi (in questo caso, la disdetta deve essere inviata all'assicuratore entro la fine dell'anno civile).

L'assicurazione cessa altresì:

- in caso di cessazione dell'attività o di dichiarazione di fallimento dell'azienda assicurata;
- in caso di mancato pagamento dei premi;
- in caso di trasferimento della sede o del domicilio del contraente all'estero.

Quando l'assicuratore può disdire il contratto?

L'assicuratore può disdire il contratto:

- alla scadenza della polizza e previa notifica di disdetta ricevuta al massimo entro il 30 settembre dell'anno civile (se il contratto non è disdetto, si rinnova tacitamente di anno in anno);
- se il contraente ha realizzato o cercato di realizzare profitti illeciti o ha recato pregiudizio all'assicuratore.
- L'assicuratore rinuncia espressamente al diritto che ha per legge (LCA) di recedere dal contratto a seguito di sinistro, salvo in caso di abuso, di falsa dichiarazione, di dolo, di reticenza o di loro tentativi da parte del contraente.

In tali liste sono specificate soltanto le possibilità più usuali di far cessare il contratto. Le altre possibilità sono indicate nelle condizioni generali d'assicurazione e nella LCA.

Quando inizia la copertura assicurativa?

L'assicurazione comincia a produrre i propri effetti dall'entrata in vigore del contratto, non prima comunque del giorno in cui il lavoratore comincia o avrebbe dovuto cominciare l'attività lavorativa in virtù del contratto d'assunzione o da quando nasce il diritto al salario, in ogni caso però dal momento in cui il lavoratore si reca sul luogo di lavoro.

Quando finisce la copertura assicurativa?

Per ogni assicurato, la copertura assicurativa cessa:

- in caso di uscita dell'assicurato dal contratto d'assicurazione allo spirare del giorno che precede quello in cui prende servizio presso un nuovo datore di lavoro, o quello in cui si iscrive all'assicurazione disoccupazione, ma al massimo allo spirare del 31° giorno successivo a quello in cui cessa il diritto ad almeno la metà del salario (per i lavoratori assunti part-time, che sono assicurati soltanto per gli infortuni professionali e per le malattie professionali, l'assicurazione cessa l'ultimo giorno di lavoro);
- in caso di mancato pagamento dei premi;
- alla fine del contratto d'assicurazione;
- alla fine della copertura assicurativa LAINF per i lavoratori distaccati.

Come l'assicuratore tratta i dati personali?

L'assicuratore tratta i dati personali del contraente e delle persone assicurate, in particolare i dati relativi al contratto, all'incasso del premio e ai sinistri con tutta la dovuta riservatezza. La trasmissione a terzi è autorizzata esclusivamente se previsto eccezionalmente per legge.

I dati delle persone che soggiornano all'estero possono essere trasmessi a partner siti all'estero. 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 e gli assicurati autorizzano l'assicuratore e i suoi mandatari a trattare i dati necessari in relazione ai contratti d'assicurazione stipulati presso gli assicuratori e le società affiliate al Groupe Mutuel o da lui amministrare. Tali dati sono conservati in formato cartaceo e/o elettronico.

Condizioni generali d'assicurazione (CGA) Copertura collettiva contro gli infortuni complementare alla LAINF

LAACGA05-I2 – edizione 01.08.2016

Indice

A. Generalità

- Art. 1** Oggetto dell'assicurazione
Art. 2 Basi giuridiche del contratto
Art. 3 Definizioni

B. Estensione della copertura assicurativa

- Art. 4** Polizza d'assicurazione
Art. 5 Persone assicurate

C. Inizio e fine del contratto

- Art. 6** Inizio e fine del contratto
Art. 7 Disdetta su sinistro
Art. 8 Pretese illecite

D. Copertura assicurativa

- Art. 9** Inizio e fine della copertura assicurativa
Art. 10 Passaggio nell'assicurazione individuale
Art. 11 Congedo non remunerato

E. Prestazioni assicurate

- Art. 12** Spese di trattamento (prestazioni per cure e rimborso delle spese)
Art. 13 Indennità giornaliera d'ospedalizzazione
Art. 14 Indennità giornaliera
Art. 15 Coperture aggiuntive (infortunio anteriore e indennità in caso di decesso)
Art. 16 Invalidità

- Art. 17** Capitale in caso di decesso
Art. 18 Prestazioni sotto forma di rendita eccedente LAINF
Art. 19 Copertura della riduzione applicata dalla LAINF
Art. 20 Adeguamento del diritto alle prestazioni al momento dell'età legale della pensione AVS
Art. 21 Validità territoriale
Art. 22 Esclusione delle prestazioni
Art. 23 Riduzione e rifiuto di prestazioni
Art. 24 Ricorso contro terzi responsabili

F. Premi

- Art. 25** Pagamento dei premi
Art. 26 Adeguamento del tasso di premio
Art. 27 Conteggio definitivo del premio
Art. 28 Partecipazione alle eccedenze

G. Altre disposizioni

- Art. 29** Obblighi del contraente
Art. 30 Obblighi dell'assicurato
Art. 31 Modifica del rischio assicurato
Art. 32 Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni
Art. 33 Clausola mediatore
Art. 34 Comunicazioni
Art. 35 Giurisdizione
Art. 36 Foro competente

A. Generalità

Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA è l'assicuratore che assume il rischio.

Questo accorda la propria garanzia per le conseguenze economiche degli infortuni professionali, degli infortuni non professionali e delle malattie professionali, conformemente alle prestazioni stipulate nella polizza e per le quali intervengono l'assicurazione LAINF, l'assicurazione militare o l'assicurazione collettiva contro gli infortuni analoga alla LAINF.

Art. 2 Basi giuridiche del contratto

Le basi giuridiche del contratto sono costituite:

- dalle presenti condizioni generali d'assicurazione, dalle eventuali condizioni complementari o particolari, dalle di-

sposizioni della polizza, dalle eventuali clausole addizionali e dalle informazioni precontrattuali.

- dalle dichiarazioni scritte nella proposta, dalle altre dichiarazioni scritte del contraente.
- dalla Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).
- dalla legge sulla protezione dei dati (LPD) cui si conforma l'assicuratore per qualsiasi elaborazione di dati.
- dalla legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), la quale è applicabile per analogia quando le presenti condizioni generali lo prevedono.

Art. 3 Definizioni

- LAVS: Legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti
LAI: Legge federale sull'assicurazione per l'invalidità
LAMal: Legge federale sull'assicurazione malattie

LAINF: Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni

OLAINF: Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni

LAM: Legge federale sull'assicurazione miliare

LACI: Legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza

CO: Codice delle obbligazioni

2. Infortuni professionali

Per infortunio professionale s'intende qualsiasi infortunio ai sensi della Legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (LAINF) di cui l'assicurato è stato vittima durante lo svolgimento della propria attività lucrativa. Qualsiasi altro infortunio è da considerarsi non professionale.

3. Malattie professionali

Per malattia professionale s'intende qualsiasi malattia ai sensi della Legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (LAINF); la malattia è equiparata agli infortuni professionali dal giorno in cui si è manifestata, rispettivamente da quando, per la prima volta, l'assicurato si deve sottoporre ad un trattamento medico o è incapace di lavorare.

4. Incapacità al lavoro

Per incapacità al lavoro s'intende qualsiasi incapacità dell'assicurato, totale o parziale, derivante da un danno alla sua salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nell'ambito della propria professione o del proprio campo d'attività. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata, l'attività che si può esigere dall'assicurato può anche rientrare in un'altra professione o in un altro campo d'attività.

5. Invalidità

È considerata invalidità, l'incapacità di guadagno totale o parziale presunta permanente o di lunga durata.

6. Lavoratore distaccato

È considerato lavoratore distaccato qualsiasi persona che è assicurata obbligatoriamente in Svizzera ed è inviata a lavorare temporaneamente all'estero pur rimanendo legata da rapporti di lavoro a un datore di lavoro domiciliato o che ha la propria sede in Svizzera e che detiene nei suoi riguardi un diritto al salario.

7. Lavoratore frontaliere

È considerato lavoratore frontaliere qualsiasi persona che esercita un'attività lucrativa in un paese diverso da quello in cui risiede all'interno dell'Unione europea e che rientra al proprio domicilio almeno una volta a settimana.

8. Caso

È considerato caso d'assicurazione, il manifestarsi (o l'insorgere), nella persona, di una malattia professionale o di un infortunio che soddisfa i requisiti per essere ritenuto tale.

9. Salario LAINF

È considerato salario LAINF, il salario che corrisponde al guadagno assicurato ai sensi della LAINF e delle sue ordinanze.

10. Salario eccedente

È considerato salario eccedente il salario che supera il guadagno assicurato massimo ai sensi della LAINF e delle sue ordinanze.

11. Assicurazione collettiva contro gli infortuni analoga alla LAINF

Lo scopo di questa assicurazione è di fornire una protezione assicurativa basata sul catalogo delle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni (LAINF).

B. Estensione della copertura assicurativa

Art. 4 Polizza d'assicurazione

Nella polizza d'assicurazione sono stipulati i dettagli della copertura assicurativa, in particolare le persone assicurate, l'ammontare del salario massimo assicurato, le prestazioni assicurate e le eventuali condizioni particolari.

Art. 5 Persone assicurate

Sono assicurate le persone che appartengono alla cerchia degli assicurati definita nella polizza, a condizione che siano soggette all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni LAINF per l'attività assicurata nella polizza.

Per i lavoratori assunti part-time che, data la durata del loro lavoro nell'azienda assicurata, sono coperti dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni soltanto per gli infortuni professionali e per le malattie professionali, la copertura dell'assicurazione complementare alla LAINF è anch'essa limitata agli infortuni professionali e alle malattie professionali. Per questa categoria di lavoratori, gli infortuni che si verificano lungo il tragitto verso il luogo di lavoro sono considerati infortuni professionali.

I lavoratori non soggetti alla LAINF, titolari dell'assicurazione collettiva contro gli infortuni analoga alla LAINF, possono anch'essi essere assicurati.

C. Inizio e fine del contratto

Art. 6 Inizio e fine del contratto

1. Entrata in vigore

L'entrata in vigore del contratto è indicata nella polizza, come pure la sua 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 si rinnova tacitamente di anno in anno.

3. Fine del contratto

Il contratto finisce:

- in caso di cessazione dell'attività o di dichiarazione di fallimento dell'azienda assicurata;
- in caso di mancato pagamento dei premi ai sensi dell'articolo 25 delle presenti condizioni generali d'assicurazione;
- in caso di trasferimento della sede o del domicilio del contraente all'estero;
- in caso di disdetta da parte del contraente o dell'assicuratore;
- in caso di disdetta a seguito di un aumento dei tassi di premio ai sensi dell'articolo 26 delle presenti condizioni generali d'assicurazione.

Art. 7 Disdetta su sinistro

- L'assicuratore rinuncia espressamente al diritto che ha per legge (LCA) di recedere dal contratto su sinistro, salvo in caso di abuso, di falsa dichiarazione, di dolo, di reticen-

za o di loro tentativi da parte del contraente.

2. Dopo ogni sinistro per il quale l'assicuratore ha erogato una prestazione, il contraente ha il diritto di disdire il contratto al massimo entro 14 giorni dalla data in cui è venuto a conoscenza del pagamento della prestazione.
Se il contraente disdice il contratto, l'assicurazione cessa di produrre i propri effetti 14 giorni dopo che l'assicuratore riceve la notifica di disdetta.

Art. 8 Pretese illecite

L'assicuratore può annullare o disdire la polizza, se il contraente ha realizzato o cercato di realizzare profitti illeciti o ha recato pregiudizio all'assicuratore.

D. Copertura assicurativa

Art. 9 Inizio e fine della copertura assicurativa

L'assicuratore eroga prestazioni se l'infortunio, il danno fisico o l'ultimo stato di pericolo prima della notifica della malattia professionale si è verificato durante la validità del contratto collettivo, ad eccezione dell'articolo 15 delle presenti condizioni generali d'assicurazione.

Le ricadute per gli infortuni avvenuti durante il periodo d'assicurazione sono coperte a condizione che sussista un'assunzione da parte dell'assicuratore LAINF.

1. Inizio della copertura assicurativa
La copertura assicurativa inizia il giorno in cui il lavoratore comincia o avrebbe dovuto cominciare l'attività lavorativa in virtù del contratto d'assunzione, in ogni caso però dal momento in cui si reca sul luogo di lavoro.
2. Fine della copertura assicurativa
Per ogni assicurato, la copertura assicurativa cessa:
 - a. allo spirare del giorno che precede quello in cui prende servizio presso un nuovo datore di lavoro, o quello in cui si iscrive all'assicurazione disoccupazione, ma al massimo allo spirare del 31° giorno successivo a quello in cui cessa il diritto ad almeno la metà del salario con riserva dell'articolo 11 delle presenti condizioni generali d'assicurazione.
Per i lavoratori assunti part-time, che sono assicurati soltanto per gli infortuni professionali e per le malattie professionali, l'assicurazione cessa l'ultimo giorno di lavoro.
La copertura assicurativa cessa altresì:
 - b. in caso di mancato pagamento dei premi ai sensi dell'articolo 25 delle presenti condizioni generali d'assicurazione;
 - c. alla fine del contratto d'assicurazione;
 - d. alla fine della copertura assicurativa LAINF per i lavoratori distaccati, con riserva dell'articolo 5 delle presenti condizioni generali d'assicurazione.

Art. 10 Passaggio nell'assicurazione individuale

1. Diritto di passaggio
L'assicurato domiciliato in Svizzera che non appartiene più alla cerchia degli assicurati gode del diritto di mantenere la propria copertura nell'assicurazione individuale. Deve far

valere tale diritto entro 90 giorni dall'uscita dalla cerchia degli assicurati a condizione che non si sia verificato alcun infortunio dall'ultimo giorno di lavoro.

Il diritto di passaggio si applica altresì per i frontalieri se continuano ad esercitare un'attività lucrativa in Svizzera.

2. Condizioni del passaggio
Possono essere assicurate soltanto le prestazioni assicurative per le spese mediche, le indennità giornaliere e i capitali che già lo erano, senza esame medico. Le prestazioni sono ridotte proporzionalmente se il nuovo reddito effettivo o l'indennità di disoccupazione è inferiore.
Si applicano le tariffe e le condizioni generali d'assicurazione individuale in vigore.
Per calcolare il premio è determinante l'età al momento dell'adesione all'assicurazione collettiva.
3. Limitazione del diritto di passaggio
Il diritto al passaggio in qualità di assicurato individuale non sussiste:
 - in caso di disdetta della polizza d'assicurazione collettiva e di ripresa della stessa da parte di un altro assicuratore per la stessa cerchia di assicurati o per parte della stessa cerchia;
 - se l'assicurato lascia il proprio posto di lavoro e passa nell'assicurazione complementare alla LAINF di un nuovo datore di lavoro;
 - se l'assicurato percepisce una rendita dell'AVS o di un'altra assicurazione sociale estera.

Art. 11 Congedo non remunerato

1. In caso di congedo non remunerato, la copertura sussiste per sei mesi al massimo, a condizione che l'assicurato sia coperto dall'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF (assicurazione per convenzione) e che il proprio contratto di lavoro non sia disdetto. Prima dell'inizio del congedo non remunerato, il datore di lavoro deve comunicare all'assicuratore il cognome e il nome dell'assicurato, il salario assicurato e le date di inizio e di fine del congedo. In caso contrario, la copertura assicurativa diventa nulla. Le notifiche retroattive non sono accettate.
2. La somma dei salari per la durata del congedo non remunerato deve essere dichiarata nel modulo di dichiarazione dei salari alla fine di ogni anno civile. Per salario assicurato s'intende il salario che l'assicurato avrebbe percepito se non avesse preso un congedo non remunerato.

E. Prestazioni assicurate

Art. 12 Spese di trattamento (prestazioni per cure e rimborso delle spese)

Se le spese di trattamento sono assicurate, e secondo la copertura scelta, l'assicuratore assume, a partire dal giorno dell'infortunio, la differenza tra le prestazioni dovute dall'assicuratore LAINF e quelle previste qui di seguito.

Le cure e i trattamenti devono essere effettuati da personale medico riconosciuto ai sensi della LAINF.

1. Trattamento medico
Le spese per i trattamenti, compresi i medicinali e le analisi.

Se le cure prodigate nel paese di domicilio (membro dell'Unione europea) sono assunte dall'assicuratore LAINF secondo le disposizioni legali e tariffarie del paese di domicilio, gli onorari supplementari (fatturati per trattamenti ambulatoriali e da farmacie non rimborsate dall'assicurazione sociale del paese di residenza) sono assunti dall'assicuratore LAINF complementare.

2. Ospedalizzazione

Conformemente alla classe assicurativa prevista nella polizza, le spese di trattamento e le spese di degenza presso un istituto ospedaliero riconosciuto dall'assicuratore, incluse le detrazioni applicate dall'assicuratore LAINF per le spese di mantenimento.

3. Soggiorni per cure e convalescenza

Le spese per le cure mediche prescritte all'interno di un istituto di cura o convalescenza riconosciuto dall'assicuratore. Le spese supplementari per il soggiorno e la pensione sono rimborsate in complemento all'assicuratore LAINF fino a un importo di Fr. 200.– al giorno, per un massimo di 30 giorni per soggiorno, fino a 120 giorni per lo stesso caso.

4. Medicina alternativa

L'importo previsto per le terapie, nella misura in cui sono effettuate da un medico diplomato o da uno specialista di terapie naturali riconosciuto dall'assicuratore, fino a un importo di Fr. 100.– a seduta, massimo Fr. 2'500.– per lo stesso caso.

5. Mezzi ausiliari

Le spese per il primo acquisto di mezzi volti 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 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 corporale che necessita un trattamento.

6. Aiuto e cure a domicilio

L'assicurato ha diritto all'aiuto e alle cure a domicilio prescritti da un medico, a condizione che siano dispensati da un ente riconosciuto dall'assicuratore.

L'aiuto a domicilio è accordato se un'incapacità lavorativa di almeno il 50% è attestata da un medico.

Le cure a domicilio sono coperte, nei limiti previsti qui di seguito, fino a quando l'assicuratore percepisce un'indennità giornaliera dell'assicuratore LAINF.

La limitazione per l'aiuto e le cure a domicilio ammonta a Fr. 100.– al giorno, massimo Fr. 6'000.– per lo stesso caso.

7. Spese di trasporto

Le spese necessarie per il trasporto dell'assicurato fino al luogo del trattamento, per tutta la durata del trattamento. Le spese di trasporto aereo sono assunte se giustificate per motivi medici o tecnici.

8. Spese funerarie e trasporto della salma

I costi necessari per le spese funerarie e per il trasporto della salma fino al luogo di sepoltura, nella misura in cui il decesso è dovuto a un infortunio assicurato.

9. Operazioni di ricerca

In complemento all'assicurazione LAINF, l'assicuratore versa le spese necessarie per le operazioni di ricerca fino a concorrenza di Fr. 30'000.– per lo stesso caso.

10. Prestazioni di terzi

Se le spese di guarigione, secondo il presente articolo, sono dovute in virtù di qualunque altra assicurazione, l'assicuratore completa le proprie prestazioni fino a concorrenza delle spese di trattamento causate dall'evento.

11. Sovaindennizzo

Se le spese di guarigione sono garantite da più assicurazioni presso assicuratori riconosciuti, l'insieme delle prestazioni non può eccedere il totale delle spese effettive che derivano dall'infortunio. L'assicuratore interviene soltanto in proporzione tra le prestazioni da lui assicurate e l'importo totale delle prestazioni garantite da tutti gli assicuratori.

Art. 13 Indennità giornaliera d'ospedalizzazione

1. Diritto

L'assicuratore paga l'indennità giornaliera d'ospedalizzazione convenuta nella polizza 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 di effettuare un trattamento medico volto a migliorare il danno alla salute o a impedire uno sviluppo sfavorevole di quest'ultimo.

Inoltre, la degenza in un istituto 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 prodigate 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 versata dal primo giorno dell'infortunio:

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

Art. 14 Indennità giornaliera

Qualora l'assicurato abbia diritto a un'indennità giornaliera in virtù dell'assicurazione contro gli infortuni LAINF, l'assicuratore versa all'assicurato, la cui incapacità lavorativa è stata attestata da un medico, l'indennità giornaliera convenuta nella polizza, con riserva dell'articolo 20 punto 1 delle presenti condizioni generali d'assicurazione. L'indennità giornaliera assicurata è versata previa detrazione del termine di attesa convenuto. Il termine di attesa comincia a decorrere il giorno successivo a quello in cui si verifica l'infortunio.

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.

1. Incapacità lavorativa parziale
In caso d'incapacità lavorativa parziale, l'assicuratore versa un'indennità giornaliera ridotta in proporzione al grado d'incapacità al lavoro.
Per calcolare il termine di attesa, i giorni d'incapacità parziale sono considerati come giorni interi.
2. Prestazioni di terzi
Nella misura in cui l'assicurato ha pure diritto a prestazioni dell'assicurazione invalidità federale o di qualunque altra assicurazione sociale, l'assicuratore completa tali prestazioni fino a concorrenza della perdita di guadagno effettiva dell'assicurato. Egli paga al massimo l'indennità giornaliera convenuta.
3. Sovraindennizzo
Se l'indennità giornaliera è garantita da diverse assicurazioni stipulate presso assicuratori riconosciuti, la perdita di salario totale è indennizzata una sola volta. L'assicuratore interviene soltanto in proporzione tra le prestazioni da lui assicurate e l'importo totale delle prestazioni garantite da tutti gli assicuratori.

Art. 15 Coperture aggiuntive (infortunio anteriore e indennità in caso di decesso)

Se previsto nella polizza, la copertura si estende alle seguenti prestazioni.

1. In caso di ricaduta e/o di postumi tardivi di un infortunio anteriore per il quale non sussiste o non sussiste più alcuna copertura assicurativa, l'assicuratore versa, in caso d'incapacità lavorativa riconosciuta, un'indennità giornaliera dell'80% del guadagno assicurato basato sul salario LAINF. La durata delle prestazioni è limitata, per ogni caso, a 180 giorni o più se l'obbligo legale del datore di lavoro ai sensi dell'articolo 324a CO lo prevede.
Il diritto all'indennità giornaliera nasce il terzo giorno successivo a quello in cui nasce l'incapacità lavorativa attestata. Per calcolare la durata delle prestazioni, i giorni d'incapacità lavorativa parziale sono considerati come giorni interi.
2. In caso di decesso dell'assicurato derivante da un infortunio assicurato, l'assicuratore versa un'indennità giornaliera pari all'80% del guadagno assicurato basato sul salario LAINF, secondo le condizioni previste nell'articolo 338 CO.
3. Se la polizza prevede una copertura d'indennità giornaliera, questa è considerata per il calcolo delle prestazioni nei limiti del salario massimo assicurato.

Art. 16 Invalidità

Se specificato nella polizza, l'assicuratore paga, secondo la copertura scelta:

- un capitale d'invalidità (secondo punto 1 lettera c qui di seguito) e/o,
 - le spese di chirurgia plastica (secondo punto 2 qui di seguito) e/o,
 - le spese di reinserimento professionale (secondo punto 3 qui di seguito).
1. Prestazioni in capitale
 - a. Diritto alla prestazioni
Il capitale d'invalidità è versato dal momento in cui l'invalidità è presunta permanente e con riserva

dell'articolo 20 punto 2 delle presenti condizioni generali d'assicurazione.

- b. Grado d'invalidità
Il grado di invalidità è stabilito secondo la tabella delle menomazioni all'integrità che figurano all'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 stabilito in applicazione delle regole che precedono, si stabilisce allora, procedendo sulla base delle constatazioni mediche, per analogia tenendo conto della gravità del danno alla salute. Se diverse parti del corpo o diversi organi sono toccati in seguito allo stesso infortunio, le diverse percentuali sono addizionate. Il grado d'invalidità non può tuttavia essere superiore al 100%.
- c. 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.
- d. Variante di progressione
Se è stata stipulata l'assicurazione invalidità progressiva, il capitale d'invalidità è calcolato secondo la variante di progressione scelta e secondo la tabella qui di seguito:

Prestazioni in % della somma d'assicurazione

Grado d'inval. %	Indennizzo secondo varianti		
	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

Grado d'invalid. %	Indennizzo secondo varianti		
	senza progr.	A	B
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
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

Grado d'invalid. %	Indennizzo secondo varianti		
	senza progr.	A	B
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

2. Danni estetici

Se l'infortunio ha causato gravi e permanenti trasfigurazioni a livello fisico (danni estetici) che non danno diritto a un capitale di invalidità secondo la lettera b soprastante, ma costituiscono comunque un danno fisico tale da pregiudicare sicuramente il futuro economico o la situazione sociale dell'assicurato, l'assicuratore dovrà pagare un'indennità pari al:

- 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 solitamente visibili.

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

3. Spese di reinserimento professionale
Se, in seguito allo stesso infortunio, occorrerà un reinserimento professionale, l'assicuratore si assumerà, oltre alle prestazioni citate nei punti 1 e 2, le spese corrispondenti non coperte da altre assicurazioni, al massimo Fr. 20'000.– per caso.

Art. 17 Capitale in caso di decesso

1. Diritto

Se l'infortunio ha come conseguenza il decesso di un assicurato, l'assicuratore versa il capitale decesso convenuto nella polizza, con riserva dell'articolo 20 punto 3 delle presenti condizioni generali d'assicurazione, ai beneficiari nel seguente ordine.

- a. Coniuge superstite / partner registrato
Il coniuge superstite ha diritto al capitale decesso.
- b. 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 presi in considerazione 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 spettata passa agli eredi.
- c. Convivente
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 simile a quella del matrimonio, ininterrottamente nel corso dei cinque anni precedenti il decesso.
- d. Altri superstiti
A condizione che vivessero insieme all'assicurato al momento del decesso:
- al padre e alla madre in parti uguali;
 - in mancanza, ai fratelli e alle sorelle in parti uguali. Se uno dei fratelli o delle sorelle è già deceduto, la sua parte è versata ai discendenti;
 - in assenza di superstiti sopra menzionati, l'assicuratore paga solo la parte delle spese di sepoltura non coperta da un altro assicuratore, fino a concorrenza del 10% dell'importo del capitale in caso di decesso, ma al massimo Fr. 10'000.–.

2. Cumulo delle prestazioni

Eventuali prestazioni in caso d'invalidità già pagate per le conseguenze dello stesso infortunio (cfr. articolo 16 delle presenti condizioni generali d'assicurazione), 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.

Art. 18 Prestazioni sotto forma di rendita eccedente LAINF

1. Rendita d'invalidità

- Se la copertura è convenuta nella polizza, l'assigura-

tore paga, in caso d'invalidità totale, una rendita d'invalidità dell'80% del salario eccedente assicurato. Se l'invalidità è solo parziale, la rendita viene ridotta proporzionalmente.

Per la valutazione delle prestazioni sono inoltre applicabili le disposizioni della LAINF, ad eccezione di quelle concernenti la rendita complementare. In ogni caso, il diritto alla rendita cessa quando l'assicurato raggiunge l'età AVS.

- L'assicuratore si riserva il diritto di riscattare le rendite d'invalidità di un importo mensile inferiore a Fr. 200.–.

2. Rendite di superstiti

Se la copertura è convenuta nella polizza, l'assicuratore paga, in caso di decesso, le rendite di superstiti seguenti:

- il 40% del salario eccedente assicurato per le vedove e i vedovi,
- il 15% del salario eccedente assicurato per gli orfani di padre o di madre,
- il 25% del salario eccedente assicurato per gli orfani di padre e di madre,
- il 70% del salario eccedente assicurato, in tutto e per tutto, in caso di concorso di diversi superstiti.

Per la valutazione delle prestazioni sono inoltre applicabili le disposizioni della LAINF, ad eccezione di quelle concernenti la rendita complementare.

- L'assicuratore si riserva il diritto di riscattare le rendite d'invalidità di un importo mensile inferiore a Fr. 200.–.

3. Sovraindennizzo

a. L'insieme delle prestazioni di vari assicuratori sociali e privati non deve dar luogo a un sovraindennizzo dell'avente diritto (max. il 90% accumulato). Nel calcolo del sovraindennizzo sono considerate soltanto le prestazioni di natura e scopo identici erogate all'assicurato in seguito al danno subito.

b. Sussiste sovraindennizzo se le prestazioni sociali e private dovute per legge superano, a seguito del verificarsi del rischio, al contempo il guadagno di cui si presume l'assicurato sia privato, le spese supplementari e le eventuali riduzioni di reddito subite dai familiari.

c. Le prestazioni in contanti sono ridotte di un importo pari a quello del sovraindennizzo.

4. 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.

Art. 19 Copertura della riduzione applicata dalla LAINF

1. Se convenuta nella polizza, la copertura della riduzione applicata dalla LAINF prevede, oltre alle prestazioni garantite dalla polizza, che l'assicuratore completi le prestazioni in contanti dell'assicurazione contro gli infortuni LAINF allorché le prestazioni sono ridotte in seguito a un infortunio causato da una colpa o in caso di atti temerari, ad eccezione dei delitti.

2. È riservato l'articolo 22 delle presenti condizioni generali d'assicurazione.

3. L'assicuratore ha il diritto di riscattare in qualsiasi momento, al loro valore attuale, le prestazioni in rendite dovute

nell'ambito della copertura della riduzione applicata dalla LAINF. I diritti dell'assicurato derivanti dall'infortunio sono in questo caso completamente estinti.

4. Le prestazioni in rendite erogate nell'ambito della copertura della riduzione applicata dalla LAINF non sono indicizzate.

Art. 20 Adeguamento del diritto alle prestazioni al momento dell'età legale della pensione AVS

Dal primo giorno del mese che segue quello in cui l'assicurato raggiunge l'età legale della pensione AVS, per i casi già in corso o per quelli che si verificano successivamente, l'assicuratore adatta le prestazioni nel modo seguente.

1. Indennità giornaliera
L'indennità giornaliera è versata al massimo per sei mesi.
2. Capitale invalidità
La somma d'assicurazione è limitata all'ammontare del guadagno massimo assicurato LAINF senza progressione.
3. Capitale decesso
La somma d'assicurazione è limitata all'ammontare del guadagno massimo assicurato LAINF.

Art. 21 Validità territoriale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo nei limiti descritti qui di seguito:

1. I trattamenti ambulatoriali e le degenze ospedaliere d'emergenza, durante un soggiorno all'estero limitato nel tempo, sono assicurati a condizione che siano necessari ai sensi della LAINF.
2. I frontalieri godono delle stesse coperture dei lavoratori domiciliati in Svizzera, a condizione che il trattamento ambulatoriale e/o la degenza ospedaliera avvenga entro un raggio di 100 km dal domicilio legale.
3. I lavoratori distaccati hanno diritto alle prestazioni finché godono di una copertura secondo la LAINF o di una copertura analoga alla LAINF e a condizione che il trattamento ambulatoriale e/o la degenza ospedaliera avvenga entro un raggio di 100 km dal domicilio legale.
4. Durante l'incapacità lavorativa, l'assicurato che desidera recarsi all'estero, rispettivamente il frontaliere o il lavoratore distaccato che desidera assentarsi dalla zona di domicilio legale (raggio di 100 km), deve informarne l'assicuratore. Quest'ultimo si riserva allora il diritto di continuare a versare le indennità giornaliere per un soggiorno limitato e dopo aver valutato le circostanze. Senza l'accordo dell'assicuratore, le indennità giornaliere durante il soggiorno sono rifiutate.

Art. 22 Esclusione delle prestazioni

Sono esclusi dalla copertura assicurativa:

- i casi di reticenza;
- i casi di frode o di tentativi di frode all'assicurazione;
- i danni causati intenzionalmente;
- gli infortuni provocati dall'assicurato non intenzionalmente nel commettere un delitto in casi particolarmente gravi ai sensi della LAINF;
- gli infortuni non professionali dovuti ad atti temerari in casi particolarmente gravi ai sensi della LAINF;
- gli infortuni provocati dall'assicurato nel commettere un crimine;

- gli infortuni avvenuti durante i terremoti;
- i postumi dovuti ad atti di guerra:
 - in Svizzera;
 - all'estero, a meno che l'assicurato non sia stato colto alla sprovvista da tali avvenimenti nel paese in cui soggiorna e l'infortunio avviene entro 14 giorni dall'inizio di tali avvenimenti;
- 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. 23 Riduzione e rifiuto di prestazioni

L'assicuratore rinuncia a ridurre le proprie prestazioni per tutti gli infortuni assicurati nella polizza e dovuti a una colpa grave o a imprese temerarie ai sensi della legge sull'assicurazione contro gli infortuni LAINF, con riserva dell'articolo 22 delle presenti condizioni generali d'assicurazione.

Le prestazioni in contanti sono ridotte per analogia alla LAINF:

- in caso di infortuni provocati commettendo un delitto;
- in caso di partecipazione a risse o a liti, a meno che l'assicurato non sia stato ferito da dei protagonisti pur non partecipando lui stesso in tali azioni o mentre prestava soccorso a persone indifese;
- in caso di pericoli ai quali l'assicurato si espone provocando gravemente un'altra persona;
- in caso di partecipazione a sommosse.

Le prestazioni possono essere temporaneamente o definitivamente ridotte o rifiutate:

- se il contraente o l'assicurato non rispetta gli obblighi definiti negli articoli 29 e 30 delle presenti condizioni generali d'assicurazione;
- se l'assicurato rifiuta di collaborare alle misure d'istruzione (ad es. farsi esaminare da un medico designato dall'assicuratore) o non si presenta a una convocazione imposta dall'assicuratore, senza valido motivo. In questi casi, l'assicuratore si riserva tra l'altro il diritto di richiedere il rimborso delle prestazioni già anticipate e di fatturare all'assicurato le spese relative alla convocazione alla quale non si è presentato;
- se l'assicurato rifiuta di fornire tutte le informazioni su fatti di sua conoscenza che possono servire a determinare il diritto alle prestazioni;
- se l'assicurato non presenta o non presenta in tempo una domanda di prestazioni presso l'Assicurazione Invalidità. In questo caso le indennità sono sospese fino al giorno in cui presenta la domanda.

Art. 24 Ricorso contro terzi responsabili

Dal verificarsi di un sinistro, l'assicuratore è surrogato fino a concorrenza delle prestazioni erogate ai diritti degli assicurati e dei superstiti contro qualsiasi terzo responsabile.

F. Premi

Art. 25 Pagamento dei premi

Il premio dell'assicurazione complementare LAINF è calcolato sulla base del salario AVS o convenuto con le persone assicurate. Si applicano inoltre le varie disposizioni della LAINF e le relative ordinanze.

1. Il contraente è il debitore dei premi.
2. Il premio deve essere versato entro la scadenza del termine indicato nella polizza.
3. Gli acconti dei premi che si possono esigere nel corso dell'anno civile d'assicurazione sono considerati come importi scaglionati da pagare in virtù dei termini convenuti. Possono essere adeguati in qualsiasi momento all'evoluzione della massa salariale, durante l'anno civile e devono corrispondere al premio effettivo presunto.
4. Se il premio o gli acconti non sono pagati entro i termini, l'assicuratore ingiunge al debitore il pagamento dell'importo dovuto, cui si aggiungono le spese, entro 14 giorni dall'invio dell'ingiunzione e gli ricorda le conseguenze della messa in mora. Se il premio arretrato e le spese non sono pagati nel termine imposto, gli obblighi dell'assicuratore sono sospesi fino alla scadenza di tale termine. I sinistri che si verificano durante il periodo di sospensione non sono coperti.
5. Se l'assicuratore non richiede il pagamento dei premi arretrati in questione e delle spese entro due mesi dalla scadenza del termine di 14 giorni, il contratto è considerato disdetto.
6. Se il modulo di dichiarazione dei salari non è trasmesso entro 30 giorni dalla domanda dell'assicuratore, questo intima al contraente di farlo. Se la diffida rimane senza effetto, l'assicuratore procederà lui stesso ad una tassazione d'ufficio maggiorando il premio annuale dell'esercizio precedente.

Art. 26 Adeguamento del tasso di premio

L'assicuratore può adattare il tasso dei premi in funzione dell'evoluzione dei costi e dei sinistri e in caso di modifica della classifica delle imprese nelle classi e nei gradi della tariffa secondo l'articolo 92 capoverso 5 LAINF; l'adattamento del contratto entra in vigore dal successivo anno d'assicurazione. L'assicuratore deve informare il contraente delle nuove disposizioni del contratto al massimo 25 giorni prima dello scadere dell'anno civile. In tal caso, il contraente ha allora il diritto di disdire la parte del contratto d'assicurazione che è stata modificata, per la fine dell'anno civile in corso. Per essere valida, la disdetta deve essere inviata per raccomandata e ricevuta al massimo il 31 dicembre. Se il contraente non disdice il contratto, gli adattamenti effettuati al livello del premio saranno considerati come accettati.

Art. 27 Conteggio definitivo del premio

Il conteggio definitivo del premio è stilato alla fine dell'esercizio corrispondente all'anno civile, sulla base dei documenti forniti dal contraente o sulla base di una fatturazione d'ufficio.

Art. 28 Partecipazione alle eccedenze

1. Il contraente riceve la quota convenuta dell'eventuale eccedenza secondo le disposizioni previste nella polizza.
2. Il conteggio è effettuato dopo la fine del periodo di conteggio, ma solo dopo la liquidazione e l'indennizzo di tutti i sinistri verificatisi durante tale periodo.
3. Quando i sinistri relativi ad un periodo di conteggio chiuso sono notificati o indennizzati dopo la stesura del conteggio, è emesso un nuovo conteggio delle partecipazioni. L'assicuratore richiede la restituzione delle eccedenze indebitamente versate.
4. Un'eventuale partecipazione alle eccedenze è versata a condizione che la polizza sia rimasta in vigore fino alla fine del periodo di conteggio.

G. Altre disposizioni

Art. 29 Obblighi del contraente

1. Il contraente è tenuto a informare gli assicurati sui diritti e sugli obblighi derivanti dall'assicurazione, in particolare sulla possibilità di mantenere la copertura assicurativa quando non rientrano più nella cerchia delle persone assicurate o quando il contratto finisce.
2. In virtù del dovere di informare (articolo 3 LCA) è altresì tenuto a informare gli assicurati sugli elementi essenziali del contratto.
3. Il datore di lavoro deve avvisare subito l'assicuratore non appena apprende che un assicurato della sua azienda è stato vittima di un infortunio che necessita un trattamento medico, provoca un'incapacità lavorativa o causa il decesso dell'assicurato.
4. Il contraente deve comunicare immediatamente all'assicuratore la fine dei rapporti di lavoro dell'assicurato in incapacità lavorativa.
5. Quando è effettuata la fatturazione definitiva, il contraente deve trasmettere all'assicuratore il modulo di dichiarazione dei salari e su richiesta i conteggi AVS delle persone assicurate.
6. Il contraente è tenuto ad autorizzare l'assicuratore, rispettivamente i terzi delegati, a consultare in caso di necessità i libri e i documenti contabili dell'azienda e i documenti trasmessi alla cassa di compensazione AVS. Se non lo fa, l'assicuratore si riserva il diritto di sospendere i propri obblighi.
7. Il contraente s'impegna a fornire all'assicuratore, di propria iniziativa o su richiesta, qualsiasi documento necessario per definire il diritto alle prestazioni (procura, certificati medici, documenti contabili e amministrativi ecc.). L'assicuratore si riserva il diritto di verificare l'esattezza del salario dichiarato.
8. Il contraente deve informare l'assicuratore di un eventuale aggravamento del rischio conformemente alle disposizioni dell'articolo 31 delle presenti condizioni generali d'assicurazione (modifica del tipo di azienda o della professione assicurata).

Art. 30 Obblighi dell'assicurato

1. L'assicurato deve informare subito il proprio datore di lavoro 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. Durante l'incapacità lavorativa, l'assicurato deve rimanere raggiungibile dall'assicuratore per controlli amministrativi e medici (ad esempio, per farsi esaminare da un medico delegato dall'assicuratore).
3. L'assicurato fornisce all'assicuratore, di propria iniziativa o su richiesta, qualsiasi documento necessario per definire il diritto alle prestazioni (procura, certificati medici, decisioni e/o conteggi di altri assicuratori ecc.). 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 disoccupazione, diritto a prestazioni di terzi ecc.).
4. L'assicurato libera il personale medico consultato dal segretario medico e professionale nei confronti del medico di fiducia dell'assicuratore.
5. L'assicurato deve collaborare con l'assicuratore e i terzi da lui delegati (ispettore dei sinistri, gestori, medici ecc.). Deve in particolare seguirne le prescrizioni, fornire i documenti richiesti e rispondere alle domande poste dall'assicuratore in modo completo e conforme a verità.
6. L'assicurato ha l'obbligo di presentare una domanda di prestazioni presso l'Assicurazione Invalidità al massimo entro sei mesi dall'inizio dell'incapacità o, dietro suggerimento dell'assicuratore, presso un altro ente sociale.
7. 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 (l'Assicurazione Invalidità, assicurazione contro gli infortuni, assicurazione militare ecc.).
8. L'assicurato partecipa, 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.
9. Al massimo entro tre giorni dall'inizio dell'incapacità, l'assicurato deve consultare nel suo studio un medico autorizzato e seguirne le prescrizioni.
10. In caso di frode o di tentativo di frode all'assicurazione, l'assicurato dovrà assumere i costi delle ricerche condotte per verificare la sua incapacità e per l'istruzione dell'incidento.

Art. 31 Modifica del rischio assicurato

1. Aggravamento 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, il contraente è tenuto a notificarlo immediatamente per iscritto all'assicuratore.
 - In mancanza di notifica, quest'ultimo non è più vincolato al contratto.
 - Il rischio aggravato è coperto nella misura in cui il contraente adempie il proprio obbligo di notifica. L'as-

sicuratore 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.

- Un eventuale sovrappremio è dovuto dal verificarsi dell'aggravamento.
2. Il tasso di premio può essere adeguato in caso di realizzazione di nuove situazioni (fusione, scissione, incorporazione ecc.), come pure in caso di modifica considerevole della cerchia delle persone assicurate, a condizione che la massa salariale vari del 10% o più.

Art. 32 Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni

Il contraente e gli assicurati non possono né cedere, né costituire in pegno i loro crediti nei confronti dell'assicuratore senza il suo consenso.

Art. 33 Clausola mediatore

Se il contraente delega un mediatore, questo gestisce i rapporti contrattuali con l'assicuratore. Trasmette tutte le domande e le risposte, eccetto i pagamenti, di ognuna delle parti all'altra. I dati sono considerati come ricevuti dal contraente, quando sono ricevuti dal mediatore.

Art. 34 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.

Art. 35 Giurisdizione

Salvo diverse disposizioni particolari, gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti sul territorio e in franchi svizzeri.

Art. 36 Foro competente

In caso di controversia, il contraente, l'assicurato o l'avente diritto può scegliere di rivolgersi ai tribunali del proprio domicilio in Svizzera, a quelli della sede dell'assicuratore o a quelli del luogo di lavoro in Svizzera per gli assicurati domiciliati all'estero.