

Assicurazione per decesso o invalidità a seguito di infortunio

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)
Edizione 02.2016

Indice

I Concetti e contenuto

1	Principi	2
2	Persone assicurate	2
3	Validità territoriale	2
4	Limite d'età – Adattamento dell'assicurazione	2
5	Definizione d'infortunio	2

II Prestazioni dell'assicuratore

6	Importi d'assicurazione	2
7	Aventi diritto in caso di decesso	2
8	Caso d'invalidità	2
9	Spese per reintegrazione professionale	4
10	Esclusioni	4
11	Concorso di fattori estranei all'infortunio	4
12	Perizia	4

III Premi

13	Premio iniziale e adeguamento secondo i gruppi d'età tariffari	4
14	Modifica della tariffa del premio	4
15	Richiamo e ritardo nel pagamento	4

IV Disposizioni varie

16	Obbligo di notifica	5
17	Trattamento medico	5
18	Conseguenze della violazione degli obblighi contrattuali	5
19	Durata del contratto, disdetta	5
20	Comunicazioni all'assicuratore	5
21	Luogo d'adempimento e foro competente	5
22	Diritto applicabile	5

I Concetti e contenuto

1 Principi

La base del presente contratto è costituita dal contratto d'assicurazione (composto dalla proposta d'assicurazione, la polizza, le presenti condizioni generali d'assicurazione (CGA), nonché le disposizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione LCA) tra la CSS Assicurazione SA, Tribtschenstrasse 21, 6005 Lucerna (qui di seguito denominata «assicuratore») e la persona assicurata.

2 Persone assicurate

Tutte le persone domiciliate in Svizzera sono autorizzate a stipulare un'assicurazione per decesso o invalidità a seguito di infortunio (ADI).

3 Validità territoriale

La copertura assicurativa è valevole per gli infortuni professionali e non professionali in tutto il mondo; fuori dall'Europa tuttavia solo per viaggi o soggiorni di una durata al massimo di 3 anni.

4 Limite d'età – Adattamento dell'assicurazione

Nella presente assicurazione sono ammesse persone fino alla fine dell'anno civile di compimento del 65° anno d'età. Dopo il compimento del 70° anno d'età sono valevoli le seguenti somme d'assicurazione massime:

in caso di decesso CHF 20000
in caso d'invalidità CHF 40000,
variante di progressione A
225%, ai sensi dell'articolo 8.

Dopo il raggiungimento di questo limite d'età, le assicurazioni esistenti saranno ridotte in misura corrispondente a partire dall'anno civile successivo.

Se la persona assicurata non è d'accordo con la riduzione delle prestazioni, il contratto si estingue con effetto dalla fine dell'anno civile in cui la persona in questione compie il 70° anno d'età.

5 Definizione d'infortunio

È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte.

La responsabilità per un danno alla salute sussiste soltanto nella misura in cui tra il danno e l'evento assicurato vi sia un naturale e adeguato rapporto causale. Occorre verificare il rapporto causale adeguato secondo le disposizioni e la giurisprudenza del diritto delle assicurazioni sociali.

La CSS garantisce copertura assicurativa per gli infortuni che si verificano e che vengono notificati durante la durata contrattuale.

I seguenti danni alla salute sono parificati all'infortunio, anche se non sono dovuti a un fattore esterno straordinario, nella misura in cui essi non siano riconducibili chiaramente a una malattia o ad un fattore di tipo degenerativo:

- a) fratture;
- b) lussazioni di articolazioni;
- c) lacerazioni del menisco;
- d) lacerazioni muscolari;
- e) stiramenti muscolari;
- f) lacerazioni dei tendini;
- g) lesioni dei legamenti;
- h) lesioni del timpano;
- i) assideramenti;
- j) colpi di calore;
- k) insolazioni e danni alla salute derivanti dai raggi ultravioletti, ad eccezione degli eritemi solari;
- l) fratture di denti.

Non sono considerati infortuni:

Le malattie di ogni genere, in particolare le malattie infettive, le lesioni dovute a radiazioni di qualsiasi genere, le lesioni conseguenti a provvedimenti terapeutici non causati da un infortunio assicurato.

Infortuni di volo:

L'assicurazione comprende gli infortuni che colpiscono la persona assicurata in qualità di passeggero, pilota, altro membro dell'equipaggio, istruttore di volo e allievo pilota di aerei di qualsiasi categoria (compreso il deltaplano) ammesso alla circolazione, come pure in qualità di paracadutista o di praticante del parapendio. Rimangono esclusi gli infortuni che intervengono in seguito ad infrazione intenzionale alle prescrizioni delle autorità, come pure in caso di mancanza dei necessari permessi e documenti ufficiali richiesti.

La copertura dell'assicuratore per tutte le persone assicurate che si trovano nello stesso velivolo si limita a 2 milioni di franchi in caso

II Prestazioni dell'assicuratore

6 Importi d'assicurazione

6.1 Le somme assicurate risultano dalla polizza d'assicurazione.

6.2 Per i bambini assicurati che non hanno ancora raggiunto l'età di due anni e sei mesi, la prestazione in caso di decesso è limitata a CHF 2500.

6.3 Per i bambini assicurati che non hanno ancora compiuto il dodicesimo anno d'età, la prestazione in caso di decesso è limitata a CHF 20000.

6.4 Se per un infortunio esiste il diritto a un capitale d'invalidità, per il medesimo caso si estingue il diritto alla somma concordata in caso di decesso.

7 Aveni diritto in caso di decesso

Se la persona assicurata muore entro cinque anni per le conseguenze di un infortunio e ciò è comprovato, l'assicuratore paga ai beneficiari, nell'ordine seguente, la somma convenuta per il caso di decesso:

- a) coniuge/partner registrato
- b) in mancanza di questi, i figli
- c) in mancanza di questi, i rimanenti eredi legali, con esclusione della comunità

Mediante comunicazione scritta, la persona assicurata può in qualsiasi momento designare altri beneficiari.

In mancanza di superstiti aventi diritto, l'assicuratore paga unicamente le spese di sepoltura, al massimo tuttavia il 10% della somma concordata per il caso di decesso.

Se il medesimo avvenimento ha per conseguenza il decesso della persona assicurata e del suo coniuge/del suo partner registrato non assicurato presso l'assicuratore, la somma convenuta per il caso di decesso sarà raddoppiata. Se entrambi i coniugi/partner registrati sono interessati dall'avvenimento e assicurati presso l'assicuratore, la prestazione sarà conteggiata singolarmente per persona assicurata secondo la polizza d'assicurazione.

8 Caso d'invalidità

Se l'infortunio ha come conseguenza un'invalidità medico-teorica presumibilmente permanente, la persona assicurata ha diritto a un capitale basato su

- la somma assicurata convenuta
- il grado d'invalidità, nonché
- la variante di progressione concordata (A o B)

Nel caso di perdita o di incapacità funzionale totale di un arto, di un organo o di un organo sensoriale, il grado d'invalidità viene determinato in base alla seguente tabella:

paralisi totale, alienazione mentale inguaribile che esclude qualsiasi tipo di attività lavorativa, completa perdita della vista	100%
entrambe le braccia o le mani, le gambe o i piedi	100%
un braccio, all'altezza del gomito o al di sopra	70%
un avambraccio o una mano	60%
una gamba, all'altezza del ginocchio o al di sopra	60%
una gamba al disotto del ginocchio	50%
un pollice	25%
un indice	15%
un altro dito della mano	10%
un piede	40%
un alluce un altro dito del piede	10% 3%
l'olfatto o l'odorato	15%
un occhio	30%
un occhio (se prima dell'infortunio la vista dell'altro era già completamente persa)	70%
l'udito di ambedue le orecchie	60%
l'udito di un orecchio	15%

l'udito di un orecchio (se l'udito dell'altro orecchio era già completamente perso)	45%
completa perdita della parola	60%
un rene	20%
la milza	10%

In caso di parziale perdita o d'incapacità funzionale di un arto, di un organo o di un organo sensoriale, il grado d'invalidità sarà ridotto proporzionalmente.

Se gli arti o gli organi colpiti dall'infortunio erano già mutilati o danneggiati, le prestazioni saranno ridotte proporzionalmente. Se l'infortunio ha colpito più parti del corpo, le percentuali saranno addizionate. In nessun caso, però, sarà accettata un'invalidità eccedente il 100%.

Nei casi non previsti qui sopra, il grado d'invalidità è determinato in base ad accertamenti medici. Determinante è sempre l'invalidità medico-teorica. Nell'ambito della determinazione del grado d'invalidità, l'assicuratore può basarsi sulle constatazioni delle assicurazioni sociali.

Se il grado d'invalidità è inferiore al 25%, l'assicuratore paga la percentuale corrispondente del capitale d'invalidità semplice concordato.

Se il grado d'invalidità supera il 25%, il capitale è progressivo secondo la seguente tabella e in base alla variante assicurativa scelta:

Grado d'invalidità	Prestazioni	
	A %	B %
26	27	28
27	29	31
28	31	34
29	33	37
30	35	40
31	37	43
32	39	46
33	41	49
34	43	52
35	45	55
36	47	58
37	49	61
38	51	64
39	53	67
40	55	70
41	57	73
42	59	76
43	61	79
44	63	82
45	65	85
46	67	88
47	69	91
48	71	94
49	73	97
50	75	100

Grado d'invalidità	Prestazioni	
	A %	B %
51	78	105
52	81	110
53	84	115
54	87	120
55	90	125
56	93	130
57	96	135
58	99	140
59	102	145
60	105	150
61	108	155
62	111	160
63	114	165
64	117	170
65	120	175
66	123	180
67	126	185
68	129	190
69	132	195
70	135	200
71	138	205
72	141	210
73	144	215
74	147	220
75	150	225

Grado d'invalidità	Prestazioni	
	A %	B %
76	153	230
77	156	235
78	159	240
79	162	245
80	165	250
81	168	255
82	171	260
83	174	265
84	177	270
85	180	275
86	183	280
87	186	285
88	189	290
89	192	295
90	195	300
91	198	305
92	201	310
93	204	315
94	207	320
95	210	325
96	213	330
97	216	335
98	219	340
99	222	345
100	225	350

Se sulla polizza d'assicurazione non vi sono annotazioni, l'indennità sarà calcolata secondo la variante di progressione A.

L'indennità per invalidità sarà versata non appena è possibile individuare un'invalidità medico-teorica presumibilmente permanente e quest'ultima è stata accertata. Un diritto al capitale d'invalidità sussiste esclusivamente per la persona assicurata e non può essere trasmesso per via ereditaria.

9 Spese per reintegrazione professionale

Se, in relazione ad un infortunio per il quale l'assicuratore ha versato una prestazione in capitale, si rende necessaria una reintegrazione professionale, l'assicuratore prende a carico a titolo sussidiario i costi in misura adeguata, al massimo però fino ad un importo pari al 10% della somma d'invalidità assicurata (senza prendere in considerazione la progressione).

10 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) gli infortuni conseguenti a guerra o conflitto armato, salvo che l'infortunio avvenga entro 14 giorni dal primo verificarsi di tali eventi nel Paese in cui la persona assicurata soggiorna e sia stata sorpresa dallo scoppio degli eventi bellici;
- b) gli infortuni dovuti a terremoti in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein;
- c) gli infortuni in relazione a un servizio militare prestato in un esercito straniero;
- d) i danni alla salute provocati da radiazioni ionizzanti. Eccezioni: danni alla salute causati da radiazioni prescritte da un medico a seguito di un evento assicurato;
- e) gli infortuni a seguito di partecipazione ad attività di guerra, sommosse, scioperi, atti terroristici, come pure nella partecipazione ad un crimine o ad un reato;
- f) gli infortuni a seguito di partecipazione a rissa o baruffa, a meno che la persona assicurata non sia stata ferita dai litiganti quando egli era estraneo ai fatti oppure durante il soccorso ad una persona indifesa;
- g) gli infortuni che colpiscono i conduttori di veicoli a motore o biciclette che al momento dell'incidente stavano guidando con un tasso alcolico nel sangue pari o superiore all'1,50/00 del peso corporeo;
- h) l'abuso di medicinali, stupefacenti o alcol;
- i) gli infortuni in occasione di gare con veicoli a motore di qualsiasi genere e anche durante i relativi allenamenti;
- j) infortuni dovuti ad atti temerari.
Gli atti temerari sono azioni con le quali la persona assicurata si espone a un pericolo particolarmente grave senza prendere o poter prendere le precauzioni per limitare il rischio a proporzioni ragionevoli. Sono tuttavia assicurati gli atti di salvataggio di persone, anche se si possono considerare come atti temerari;
- k) infortuni a seguito di fissione nucleare;
- l) infortuni risultanti dallo stato psichico dell'assicurato;
- m) conseguenze di interventi della persona assicurata su se stessa, quali il suicidio e l'automutilazione o il loro tentativo, anche se la persona assicurata, al momento dell'azione, era in uno stato d'incapacità di discernimento;
- n) infortuni a seguito di crimini o delitti premeditati commessi dalla persona assicurata.

11 Concorso di fattori estranei all'infortunio

Quando il danno alla salute non è che parzialmente imputabile all'infortunio assicurato, le prestazioni dell'assicuratore sono ridotte in misura corrispondente al grado d'influenza dei fattori esterni stabilito da una perizia medica.

12 Perizia

Qualora le parti non trovino un accordo riguardo ai postumi d'infortunio, verrà richiesta una perizia. La CSS mette a disposizione dell'assicurato due proposte di periti, fra le quali l'assicurato deve sceglierne uno. Le spese di tale perizia saranno divise in parti uguali. Le constatazioni risultanti in perizia sono vincolanti per quel che concerne il rapporto causale naturale, a meno che venga provato che quanto accertato non sia in larga misura divergente dai fatti reali. Occorre in più verificare il rapporto causale adeguato, che si orienta alle disposizioni e alla giurisprudenza del diritto delle assicurazioni sociali.

III Premi

13 Premio iniziale e adeguamento secondo i gruppi d'età tariffari

- 13.1 Il premio iniziale è indicato sulla polizza.
- 13.2 Quando raggiunge l'età massima del suo gruppo d'età tariffario, all'inizio dell'anno civile seguente, la persona assicurata entra nel gruppo d'età tariffario seguente. È determinante la tariffa di premio valevole in ciascun gruppo d'età tariffario.
- 13.3 Analogamente a quanto disposto alle cifre 14.2 e 14.3 esiste un diritto alla disdetta a seguito dell'adeguamento del premio conseguente all'entrata in un gruppo d'età tariffario superiore.

14 Änderung der Prämientarife

- 14.1 Der Versicherer kann die Prämientarife anpassen.
- 14.2 Der Versicherer gibt Prämienänderungen spätestens 30 Tage vor Ende des Kalenderjahres bekannt.
- 14.3 Ist die versicherte Person mit der Prämienänderung nicht einverstanden, kann der Vertrag auf das Ende des laufenden Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Die Kündigung muss spätestens am letzten Arbeitstag des Kalenderjahres beim Versicherer eintreffen.

15 Richiamo e ritardo nel pagamento

- 15.1 Se il premio non viene pagato entro la data di scadenza riportata in fattura, la persona assicurata viene diffidata per iscritto, con avvertenza delle conseguenze di mora, ad effettuare il pagamento dei premi dovuti entro un termine suppletivo di 14 giorni, ai sensi dell'art. 20 cpv. 1 LCA dall'invio del richiamo. Se il richiamo rimane senza effetto, l'obbligo di erogare prestazioni viene sospeso a partire dalla data di scadenza del termine di richiamo.
- 15.2 Allo scadere del termine di richiamo la persona assicurata deve versare l'interesse di mora legalmente previsto. I costi del richiamo devono essere assunti dalla persona assicurata.
- 15.3 Qualora la quota arretrata non fosse stata richiesta tramite le vie legali entro due mesi dalla scadenza del termine di diffida, l'assicuratore recede dal contratto, rinunciando al pagamento del premio arretrato.
- 15.4 Se l'assicuratore ha richiesto il premio per via legale o l'ha accettato successivamente, il suo obbligo di versare prestazioni è ripristinato dal momento in cui il premio arretrato, con interessi e spese, viene pagato. L'assicuratore non ha alcun obbligo di erogare prestazioni a copertura di casi assicurativi avvenuti durante il periodo di sospensione dell'obbligo a versare prestazioni, e ciò neppure dopo l'avvenuto pagamento del premio arretrato.
- 15.5 L'assicuratore è autorizzato a compensare i premi in sospeso con diritti a prestazioni della persona assicurata. Nei confronti dell'assicuratore non sussiste alcun diritto di compensazione.

IV Disposizioni varie

16 Obbligo di notifica

Ogni infortunio che presumibilmente potrebbe determinare un obbligo dell'assicuratore al pagamento di prestazioni deve essere notificato immediatamente all'assicuratore.

17 Trattamento medico

Si dovrà provvedere il più rapidamente possibile affinché siano prodigate le cure mediche appropriate. La persona assicurata deve attenersi alle prescrizioni del medico curante e del personale sanitario. Essa è obbligata a sottoporsi alle prescrizioni ed agli esami del medico, eventualmente incaricato e pagato dall'assicuratore.

Si dovrà contribuire con tutte le misure utili all'accertamento delle circostanze del caso assicurato. In caso di decesso, l'assicuratore deve essere avvertito tempestivamente affinché possa far procedere a sue spese ad un'autopsia prima della sepoltura, se si presume che altre cause oltre l'infortunio siano all'origine del decesso.

L'assicuratore è autorizzato a richiedere ulteriori informazioni e giustificativi, in particolare certificati medici. La persona avente diritto gli concede il diritto di esigere a sue spese tali informazioni e giustificativi. Essa libera i medici che hanno curato l'assicurato, come pure gli istituti d'assicurazione interessati al caso di sinistro, dall'obbligo del segreto professionale verso l'assicuratore.

18 Conseguenze della violazione degli obblighi contrattuali

Se gli obblighi contrattuali ai sensi degli art. 16 e 17 sono colposamente violati, influenzando così in modo pregiudizievole sull'entità e l'accertamento delle conseguenze dell'infortunio, l'assicuratore può ridurre le sue prestazioni in misura corrispondente, a meno che la persona assicurata o avete diritto non provi che questa inosservanza del contratto non abbia in alcun modo influito sull'accertamento e sulle conseguenze dell'infortunio.

19 Durata del contratto, disdetta

19.1 Il contratto è stipulato per la durata menzionata nella polizza d'assicurazione ed è prolungato ogni volta di un anno, a meno che uno dei partner contrattuali non abbia ricevuto una disdetta al più tardi 3 mesi prima della scadenza del contratto.

19.2 La disdetta dovrà essere effettuata per iscritto.

20 Comunicazioni all'assicuratore

Tutte le comunicazioni e gli avvisi devono essere indirizzati all'assicuratore. Tutte le comunicazioni da parte dell'assicuratore saranno indirizzate, con validità legale, all'ultimo indirizzo svizzero conosciuto della persona assicurata o della persona avente diritto.

21 Luogo d'adempimento e foro competente

21.1 Gli obblighi derivanti dalle assicurazioni sono da adempiere in Svizzera e in valuta svizzera.

21.2 In caso di vertenza giudiziaria, si può intraprendere un'azione legale contro l'assicuratore nel luogo di domicilio svizzero della persona assicurata o a Lucerna. Se la persona assicurata risiede all'estero, il foro giuridico esclusivo è Lucerna.

22 Diritto applicabile

Per questa assicurazione sono inoltre vevolevoli le disposizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

