

Assicurazione per spese di guarigione in caso d'infortunio

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)
Edizione 01.2011

Indice

I	Concetti e contenuto	2
1	Principi	2
2	Validità territoriale	2
3	Persone assicurate	2
4	Limite d'età	2
5	Definizione d'infortunio	2
6	Estensione della garanzia	2
II	Prestazioni dell'assicuratore	2
7	Prestazioni assicurate	2
8	Spese generali di guarigione a complemento in caso d'infortunio (SGI)	2
9	Esclusioni	3
10	Concorso di fattori estranei all'infortunio	3
11	Commissione medica	3
III	Premi	3
12	Premio iniziale e adeguamento secondo i gruppi d'età tariffari	3
13	Modifica della tariffa del premio	4
14	Diffida e ritardo nel pagamento	4
IV	Disposizioni varie	4
15	Obbligo di notifica	4
16	Trattamento medico	4
17	Conseguenze della violazione degli obblighi contrattuali	4
18	Durata del contratto, disdetta	4
19	Comunicazioni all'assicuratore	4
20	Luogo d'adempimento e foro competente	4
21	Diritto applicabile	4

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 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.

3 Persone assicurate

Tutte le persone domiciliate in Svizzera sono autorizzate a stipulare un'assicurazione per spese di guarigione in caso d'infortunio (SGI).

4 Limite d'età

Nella presente assicurazione sono ammesse persone fino alla fine dell'anno civile di compimento del 70 anno.

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.

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.

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.

6 Estensione della garanzia

L'assicuratore rinuncia a valersi delle disposizioni legali relative all'inosservanza dell'obbligo di notifica se questa non è stata compiuta a scopo doloso e se sono trascorsi almeno 5 anni dalla stipulazione o dalla modifica del contratto.

II Prestazioni dell'assicuratore

7 Prestazioni assicurate

Al verificarsi di un caso assicurato, l'assicuratore eroga le prestazioni ai sensi della cifra 8, a titolo integrativo e successivamente alle prestazioni di altre assicurazioni sociali, in modo particolare dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (LAMal) o dell'Assicurazione infortuni (LAINF).

8 Spese generali di guarigione a complemento in caso d'infortunio (SGI)

La durata della copertura ammonta a 5 anni a partire dalla data dell'infortunio, l'entità è illimitata e successivamente l'importo supplementare è pari a CHF 100 000 (eccezione: per danni ai denti complessivamente al massimo CHF 20 000). Saranno presi a carico i seguenti trattamenti prescritti o svolti da un medico, nonché altri costi che vengono a crearsi:

- a) cure mediche ambulatoriali e stazionarie (compresi i medicinali)
 - degenze ospedaliere e soggiorni per cure;
 - libera scelta del medico e dell'ospedale;
 - degenza e cure nella divisione comune, semiprivata o privata;
 - noleggio di mobili per malati;
 - primo acquisto di mezzi ausiliari atti a compensare il danno fisico o la perdita della funzionalità: protesi, occhiali, apparecchi acustici e ausili ortopedici;
 - riparazione o sostituzione (valore a nuovo) di mezzi atti a compensare la mancanza di un arto o un disturbo funzionale. Per gli occhiali, gli apparecchi acustici e le protesi dentarie, il diritto esiste soltanto nel caso in cui questi siano stati danneggiati o distrutti in occasione di un infortunio assicurato con conseguente danno fisico per cui si è resa necessario un trattamento;
- b) ricoveri ospedalieri per casi acuti, per i quali l'assicuratore malattie/infortuni rifiuta completamente o parzialmente l'assunzione di prestazioni, con la giustificazione che l'ospedale di cui trattasi non è menzionato né in una lista cantonale né in una lista interna della cassa, ad eccezione dei costi che, secondo l'art. 41, cpv. 3 della LAMal devono essere assunti dal Cantone di domicilio;
- c) cure a domicilio (ad es. cura dell'infortunato; svolgimento dei lavori domestici) da parte di personale sanitario (non da parte di familiari) durante il periodo d'incapacità lavorativa certificata da un medico, fino a un massimo di CHF 20 000. Hanno diritto a questa indennità le persone che hanno compiuto almeno il 18° anno d'età;
- d) tutti i viaggi ed i trasporti della persona assicurata al più vicino ed appropriato luogo di trattamento, necessari dal punto di vista medico a seguito dell'infortunio, con l'impiego di aeromobili tuttavia, soltanto se per ragioni mediche o tecniche ciò è inevitabile. Non sono però assicurate le spese di viaggio delle persone in grado di camminare;
- e) azioni di salvataggio a favore della persona assicurata, ma non in caso di malattia;
- f) azioni di recupero e trasporto (al luogo di sepoltura) della salma, quando il decesso è conseguenza di un infortunio assicurato o di esaurimento fisico;
- g) azioni di ricerca, in vista di un salvataggio o di un recupero della persona assicurata, fino a un massimo di CHF 20 000 per ogni persona assicurata. Per ogni sinistro sono presi a carico complessivamente al massimo CHF 40 000, senza tenere conto del numero di persone assicurate;

- h) i trattamenti dentari da eseguire su bambini e adolescenti che, a causa della loro giovinezza, possono essere eseguiti soltanto in futuro. Nell'ambito delle spese di guarigione assicurate, si provvederà a versare un'indennità calcolata sulla base di un preventivo spese;
- i) gli interventi di natura cosmetica a seguito di una ferita dovuta a infortunio che sono stati eseguiti da un fornitore di prestazioni autorizzato conformemente alla legge, sino ad un massimo di CHF 10 000;
- j) nel caso di infortunio che dà diritto a prestazioni, le spese di pulizia, riparazione o sostituzione di abiti danneggiati della persona assicurata, come pure di oggetti o auto di persone private che si sono prodigate per il salvataggio e il trasposto della persona ferita, sino ad un importo massimo di CHF 2000;
- k) se per le spese di guarigione esistono diverse assicurazioni presso compagnie concessionarie (eccezione: assicurazione secondo la LAINF), le spese assicurate con il presente contratto saranno versate unicamente in proporzione alle prestazioni garantite complessivamente da tutti gli assicuratori partecipanti;
- l) le prestazioni per spese di guarigione previste dalle presenti condizioni saranno versate soltanto a complemento di quelle assicurate nell'assicurazione delle cure medico-sanitarie dell'assicuratore (se l'infortunio è assicurato) oppure dell'assicurazione infortuni (LAINF) obbligatoria. Se le spese per la cura medica sono coperte presso un'altra cassa dove è assicurato anche l'infortunio, tali prestazioni, almeno comunque le prestazioni che dovrebbero essere fornite dall'assicurazione delle cure medico-sanitarie dall'assicuratore, saranno prese in considerazione per la determinazione delle prestazioni a carico della presente assicurazione. Se l'assicurazione presso la cassa malati o l'istituzione d'assicurazione infortuni LAINF non sussiste più al momento dell'evento assicurato, l'assicuratore versa prestazioni nella stessa misura come se dette assicurazioni esistessero ancora;
- m) prestazioni per vittime di crimini violenti contro la vita e l'integrità della persona, per danni materiali a cose che la persona assicurata porta su di sé o con sé, sino ad un massimo di CHF 5000 per ogni caso, nella misura in cui il danno sia in relazione con un evento assicurato ai sensi della cifra 5. Sono esclusi da quest'assicurazione il denaro in contanti, le cartevalori, le monete d'oro e i francobolli.

9 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' 1,80/00 del peso corporeo;
- h) l'abuso di medicinali e droghe;
- 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 sforzi fisici ripetuti;
- n) 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;
- o) infortuni a seguito di crimini o delitti premeditati commessi dalla persona assicurata.

10 Concorso di fattori estranei all'infortunio

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

11 Commissione medica

Se le parti non riescono a trovare un accordo per quanto riguarda le conseguenze d'infortunio, sarà formata una commissione medica, composta da un medico designato dall'assicurato e da uno designato dall'assicuratore. Questi due medici ne designeranno a loro volta un terzo che presiederà la commissione. In caso di disaccordo, il presidente della commissione sarà nominato dal presidente del tribunale del luogo di domicilio svizzero dell'assicurato. Le spese della perizia saranno divise in parti uguali. Le constatazioni fatte dalla commissione medica, nell'ambito della sua competenza, vincolano le parti, a meno che venga provato che quanto accertato non sia in larga misura divergente dai fatti reali.

III Premi

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

12.1 Il premio iniziale è indicato sulla polizza.

12.2 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.

I gruppi d'età tariffari:

da 0 a 18 anni	da 26 anni in poi
da 19 a 25 anni	

12.3 Analogamente a quanto disposto nelle cifre 13.2 e 13.3 esiste un diritto alla disdetta a seguito dell'adeguamento del premio conseguente all'entrata in un gruppo d'età tariffario superiore.

- 13 Modifica della tariffa del premio**
- 13.1 L'assicuratore può adeguare le tariffe del premio.
- 13.2 L'assicuratore comunica le modifiche al più tardi 30 giorni prima della fine dell'anno civile.
- 13.3 Se la persona assicurata non è d'accordo con la modifica del premio, può disdire per iscritto il contratto con effetto alla fine dell'anno civile in corso. La disdetta deve pervenire all'assicuratore al più tardi l'ultimo giorno lavorativo dell'anno civile.

14 Diffida e ritardo nel pagamento

- 14.1 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 dall'invio di diffida. Se la diffida rimane senza effetto, l'obbligo di erogare prestazioni viene sospeso a partire dalla data di scadenza del termine di diffida.
- 14.2 Allo scadere del termine di diffida la persona assicurata deve versare l'interesse di mora legalmente previsto. I costi di diffida devono essere assunti dalla persona assicurata.
- 14.3 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.
- 14.4 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 per casi assicurativi avvenuti durante il periodo di sospensione dell'obbligo di versare prestazioni, e ciò neppure dopo l'avvenuto pagamento del premio arretrato.
- 14.5 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

15 Obbligo di notifica

Ogni infortunio intervenuto, che presumibilmente potrebbe determinare un obbligo dell'assicuratore di versare prestazioni, deve essere notificato immediatamente all'assicuratore.

16 Trattamento medico

Si deve provvedere il più rapidamente possibile affinché siano prodigate le cure mediche di un esperto. 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. La persona avente diritto deve dare il suo consenso all'autopsia.

L'assicuratore è autorizzata 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. La persona assicurata libera i medici che l'hanno curata, come pure gli istituti d'assicurazione coinvolti nel caso di sinistro, dall'obbligo al segreto professionale nei confronti dell'assicuratore.

17 Conseguenze della violazione degli obblighi contrattuali

Se gli obblighi contrattuali ai sensi degli art. 15 e 16 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 dalle circostanze risulti che la violazione non è imputabile a colpa, ai sensi dell'art. 45 LCA, oppure se il contraente comprova che la violazione non ha esercitato alcuna influenza sul verificarsi del sinistro e sull'estensione delle prestazioni incombenti all'impresa di assicurazione.

18 Durata del contratto, disdetta

- 18.1 Il contratto inizia alla data stabilita sulla polizza d'assicurazione. L'assicurazione è stipulata per la durata menzionata nella polizza d'assicurazione ed è prolungato ogni volta di un anno, se uno dei partner contrattuali non abbia ricevuto una disdetta al più tardi 3 mesi prima della scadenza del contratto.
- 18.2 La disdetta dovrà essere effettuata per iscritto.
- 18.3 Inoltre, la persona assicurata e l'assicuratore possono disdire il contratto in presenza di un grave motivo ai sensi dell'art. 35b LCA.
- 18.4 Disdetta in caso di sinistro
- a) Verificatosi un evento dannoso con obbligo di risarcimento, L'assicuratore può recedere dal contratto al massimo al momento del pagamento del risarcimento ed il contraente al massimo 14 giorni dopo aver avuto notizia dell'avvenuto pagamento, inoltrando la disdetta per iscritto. La disdetta deve pervenire all'assicuratore entro questo termine.
- b) Qualora il contraente proceda alla disdetta del contratto, la copertura assicurativa è estinta al momento in cui la disdetta perviene all'assicuratore.
- c) Qualora l'assicuratore disdica il contratto, la copertura assicurativa si estingue 14 giorni dopo che il contraente ha ricevuto la disdetta.

19 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 indicato dalla persona assicurata o dalla persona avente diritto (indirizzo postale, indirizzo e-mail). Laddove nelle CGA sia richiesta la forma scritta, è sufficiente anche un'altra forma che permetta la prova tramite testo. Se la comunicazione non richiede alcuna formalità, essa può avvenire anche oralmente.

20 Luogo d'adempimento e foro competente

- 20.1 Gli obblighi derivanti dalle assicurazioni sono da adempiere in Svizzera e in valuta svizzera.
- 20.2 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 Città. Se la persona assicurata risiede all'estero, il foro giuridico esclusivo è Lucerna Città.

21 Diritto applicabile

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

Le modifiche della revisione LCA del 19.06.2020 valgono anche per i contratti stipulati prima dell'1.1.2022. Sono esclusi i debiti della persona assicurata, che si prescrivono in due anni.

