

ASSICURAZIONI SPECIALI NELL'AGRICOLTURA

CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE CGA

ASSICURAZIONE PER IL PERSONALE AUSILIARIO CGA

ASSICURAZIONE INFORTUNI IN CASO DI MORTE E D'INVALIDITÀ CGA

ASSICURAZIONE DI CAPITALE PER DECESSO E INVALIDITÀ KTI-PREVEA CGA

INFORMAZIONE AI CLIENTI AI SENSI DELLA LCA

La presente informazione ai clienti vi dà una panoramica sull'assicuratore e sul contenuto principale del contratto assicurativo. I diritti e i doveri delle parti contrattuali si evincono dalla proposta di assicurazione, dalla polizza assicurativa, dalle condizioni generali d'assicurazione (CGA), come pure dalle leggi applicabili, in particolare dalla Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Chi è l'assicuratore?

L'assicuratore è la cassa malati Agrisano con sede nella Laurstrasse 10 a 5201 Brugg. La cassa malati Agrisano è una fondazione ai sensi degli articoli 80 segg. del Codice civile svizzero (CC) che è stata fondata dall'Unione Svizzera dei Contadini.

Quali rischi sono assicurati e qual è l'entità della copertura assicurativa?

La cassa malati Agrisano copre le conseguenze economiche di malattia, infortunio e maternità. I rischi assicurati e l'entità della copertura assicurativa si evincono dalla proposta di assicurazione, dalla polizza assicurativa e dalle CGA. Trovate una descrizione delle prestazioni dei singoli prodotti assicurativi nella panoramica delle prestazioni che viene consegnata, a dipendenza del prodotto assicurativo scelto, con la presente informazione.

Non sussiste alcuna copertura assicurativa per mali che sussistevano già all'inizio del contratto; se un trattamento non serve per l'eliminazione di un disturbo della salute o per le sue conseguenze; in caso di partecipazione ad operazioni belliche ed eventi simili; in caso di servizio militare all'estero; per malattie e infortuni come conseguenza della partecipazione attiva ad azioni punibili o risse; per malattie epidemiche; per conseguenze di terremoti e altre catastrofi naturali.

A quanto ammonta il premio e quando deve essere pagato?

L'ammontare del premio dipende dall'età, dal domicilio legale della persona assicurata, dai relativi rischi assicurati, dalla copertura desiderata e dalla partecipazione ai costi scelta. Tutte le indicazioni relative al premio e la partecipazione ai costi sono indicate nella proposta, risp. nell'offerta. Esse sono pure parte integrante della polizza assicurativa. I contratti collettivi d'assicurazione possono contenere disposizioni divergenti.

Il premio annuale deve essere pagato anticipatamente ed è di volta in volta esigibile il 1° gennaio di un anno o, in caso di pagamenti rateali, il 1° di ogni mese. In caso di pagamenti diretti della cassa malati ai fornitori di prestazioni (medico, ospedale, farmacia, ecc.), il contraente dell'assicurazione ha l'obbligo di rimborsare le partecipazioni ai costi accordate entro 30 giorni dalla presentazione della fattura alla cassa malati Agrisano.

Obblighi della persona assicurata

Obbligo di ridurre il danno

La persona assicurata ha l'obbligo, in caso di malattia o infortunio, di provvedere al più presto possibile a farsi curare in modo appropriato da un medico. Essa ha l'obbligo di seguire le prescrizioni mediche e di evitare tutto ciò che potrebbe comportare un peggioramento dello stato fisico.

Obbligo di comunicazione e collaborazione

Cambiamenti dei rapporti personali importanti per l'assicurazione e cambiamento del domicilio, devono essere comunicati alla cassa malati Agrisano entro 30 giorni. La persona assicurata deve dare informazioni complete e veritiere su tutto ciò che concerne il caso assicurato (malattia, infortunio, gravidanza), come pure su precedenti malattie e infortuni. Essa esonera dall'obbligo del segreto professionale nei confronti della cassa malati Agrisano il personale medico che l'ha in cura.

Inizio del contratto, durata del contratto ed cessazione del contratto

L'assicurazione inizia il giorno che è indicato sulla proposta, risp. sull'offerta. La copertura assicurativa è da considerarsi provvisoria per ogni persona assicurata a partire dalla data indicata nella proposta fino al momento della consegna della polizza assicurativa. Qualora si verifichi un caso assicurato nel periodo di copertura provvisoria, sussiste sostanzialmente una copertura assicurativa. Sono esclusi i casi che sono riconducibili ad una malattia, un infortunio o a conseguenze di un infortunio che sussistevano già prima dell'inizio della copertura assicurativa provvisoria.

Il contratto d'assicurazione dura un anno civile, dal 1° gennaio al 31 dicembre. Se il contratto d'assicurazione inizia soltanto nel corso di un anno civile, esso dura fino al 31 dicembre dell'anno civile corrispondente. Senza disdetta entro i termini previsti, il contratto d'assicurazione si prolunga tacitamente per la durata di un altro anno.

Cessazione mediante disdetta del contraente dell'assicurazione

L'assicurazione può essere disdetta previa osservanza del termine di disdetta di 3 mesi per il 30 giugno o il 31 dicembre. Dopo ogni malattia, ogni infortunio od ogni maternità, per i quali è dovuta una prestazione, il/la contraente dell'assicurazione può disdire per iscritto il contratto, e cioè al più tardi 14 giorni dopo che ella/egli sia venuto a conoscenza dell'ultimo pagamento della cassa malati Agrisano. La copertura assicurativa, in questo caso, si estingue all'arrivo della comunicazione della disdetta presso la della cassa malati.

Cessazione per altre circostanze

L'assicurazione si estingue con il decesso della persona assicurata, il raggiungimento dell'età fino alla quale la cassa malati Agrisano concede la copertura assicurativa, in caso di trasferimento del domicilio all'estero e dopo esaurimento della prestazione assicurata per l'assicurazione concernente.

Disdetta da parte della cassa malati Agrisano

La cassa malati Agrisano rinuncia al diritto di disdetta previsto dalla legge. Fa eccezione il caso di recessione dal contratto a causa di comportamento contrario al contratto, ad esempio a causa di tentato o compiuto abuso assicurativo.

Qualora il contraente dell'assicurazione non adempia l'obbligo di pagamento dei premi o della partecipazione ai costi nei termini previsti, egli viene sollecitato per iscritto a pagare l'importo arretrato entro 14 giorni. Se, nonostante il sollecito, non avviene alcun pagamento, non sussiste alcuna copertura assicurativa per malattie, infortuni e relative conseguenze fino all'avvenuto pagamento completo del premio compresi gli interessi e le spese amministrative, anche in caso di pagamento posticipato. Qualora gli arretrati non vengano pagati entro due mesi dalla scadenza, il contratto si estingue. Allo scadere del termine di sollecito la cassa malati Agrisano può recedere dal contratto. Con l'estinzione dell'assicurazione, si estingue anche l'obbligo di prestazione della cassa malati Agrisano, anche se il caso assicurato si fosse già verificato.

Elaborazione dei dati

La cassa malati Agrisano elabora e conserva dati che risultano dai documenti contrattuali o dall'elaborazione del contratto e li utilizza, in particolare, per la determinazione dei premi, per il chiarimento del rischio, per l'elaborazione di casi assicurati, per analisi statistiche come pure per scopi di marketing. La cassa malati Agrisano può, per il volume necessario, inoltrare dati per l'elaborazione a terzi partecipanti all'elaborazione del contratto, in particolare a coassicuratori e riassicuratori.

Nella misura in cui le informazioni sono necessarie per la valutazione della copertura assicurativa o del caso di sinistro, la cassa malati Agrisano è autorizzata, da una parte a dare informazioni, dall'altra a chiederle in ogni momento a medici, ospedali, come pure ad altri fornitori di prestazioni, assicuratori sociali e privati, nell'ambito delle disposizioni legali relative alla protezione dei dati. Inoltre la cassa malati Agrisano può chiedere presso uffici amministrativi e terzi informazioni utili, in particolare sull'andamento del sinistro. Ciò vale indipendentemente dalla realizzazione del contratto. La persona assicurata ha il diritto di richiedere presso la cassa malati Agrisano le informazioni previste per legge sull'elaborazione dei dati che la concernono. Il modo e la durata della conservazione si limita alle direttive legali, in particolare quelle della Legge federale sulla protezione dei dati (LPD).

Indice

| | |
|--|-----------|
| CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE (CGA) | 7 |
| I. GENERALITÀ | 7 |
| II. INIZIO E DURATA DELL'ASSICURAZIONE | 7 |
| III. MODIFICA DELL'ASSICURAZIONE | 8 |
| IV. DEFINIZIONI | 8 |
| V. PRESTAZIONI | 8 |
| VI. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO/COMUNICAZIONI | 9 |
| VII. PREMI | 9 |
| VIII. RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI | 10 |
| IX. CONTROVERSIE | 10 |
| AGRI-speciale | 11 |
| I. GENERALITÀ | 11 |
| II. PREMI | 11 |
| III. AMBITO DELLE PRESTAZIONI | 11 |
| IV. MEDICAMENTI | 11 |
| V. TRATTAMENTO OSPEDALIERO | 11 |
| VI. MATERNITÀ | 12 |
| VII. ALTRE PRESTAZIONI | 12 |
| AGRI-natura | 15 |
| I. GENERALITÀ | 15 |
| II. PREMI | 15 |
| III. PRESTAZIONI | 15 |
| AGRI-Indennità giornaliera | 17 |
| I. GENERALITÀ | 17 |
| II. PREMI | 17 |
| III. PRESTAZIONI | 17 |
| AGRI-dental | 19 |
| I. GENERALITÀ | 19 |
| II. PREMI | 19 |
| III. INIZIO E DURATA DELL'ASSICURAZIONE | 19 |
| IV. PRESTAZIONI | 19 |
| ASSICURAZIONE PER IL PERSONALE AUSILIARIO | 21 |
| I. CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE | 21 |
| ASSICURAZIONE INFORTUNI IN CASO DI MORTE E INVALIDITÀ (ADI) | 23 |
| I. ESTENSIONE DELLA PROTEZIONE ASSICURATIVA | 23 |
| II. DISPOSIZIONI TERMINOLOGICHE | 23 |
| III. PRESTAZIONI ASSICURATIVE | 23 |
| IV. LIMITAZIONI DI COPERTURA | 25 |
| V. INIZIO E FINE DEL CONTRATTO | 25 |
| VI. PREMI | 26 |
| VII. DIRITTI E OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO | 26 |
| VIII. DISPOSIZIONI FINALI | 27 |
| ASSICURAZIONE DI CAPITALE PER DECESSO E INVALIDITÀ KTI-PREVEA | 28 |
| I. CONTENUTO DEL CONTRATTO | 28 |
| II. COPERTURA ASSICURATIVA | 28 |
| III. ASPETTI FINANZIARI | 28 |
| IV. PRESTAZIONI | 29 |
| V. PARTICOLARITÀ | 29 |
| VI. GLOSSARIO | 31 |

CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE (CGA)

per le assicurazioni complementari ai sensi della LCA, edizione del 1.1.2010

DISPOSIZIONI COMUNI

I. GENERALITÀ

Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

1 Le presenti Condizioni Generali di Assicurazione (CGA) valgono per tutte le categorie assicurative delle assicurazioni complementari della cassa malati Agrisano. Informazioni dettagliate sulle diverse prestazioni, nonché eventuali divergenze dalle disposizioni comuni sono contenute nei regolamenti delle singole categorie assicurative.

2 Le definizioni sono intese per tutti gli assicurati senza distinzione di sesso.

Art. 2 Basi dell'assicurazione

1 In base all'articolo 12, capoverso 2 della legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 18.3.1994 la cassa malati Agrisano è autorizzata ad offrire assicurazioni complementari regolate dalle presenti Condizioni Generali di Assicurazione.

2 L'assicuratore è la cassa malati Agrisano.

3 Possono essere assicurate le conseguenze economiche di malattia, infortunio e maternità nel periodo per il quale viene stipulata l'assicurazione.

4 A condizione che le norme contrattuali non contengano clausole derogatorie, sono ritenute valide le disposizioni della legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Art. 3 Scopo

La proposta assicurativa è rivolta alla popolazione agricola che abbia stipulato con la cassa malati Agrisano un'assicurazione delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal.

Art. 4 Informazione prima della stipulazione del contratto

1 La cassa malati Agrisano orienta in modo comprensibile il proponente, prima della conclusione del contratto assicurativo, sull'identità della cassa malati Agrisano e sul contenuto principale del contratto assicurativo, in particolare su

- i rischi assicurati;
- l'entità della copertura assicurativa;
- i premi dovuti e altri obblighi del contraente dell'assicurazione;
- la durata e la cessazione del contratto assicurativo;

e) le informazioni da fornire secondo la Legge federale sulla protezione dei dati (LPD) e la Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

2 Queste indicazioni vengono consegnate in forma scritta al proponente con il formulario di proposta.

3 Per i contratti collettivi, che conferiscono un diritto di prestazione diretto ad altre persone oltre che al contraente, la cassa malati Agrisano presta attenzione che il contraente d'assicurazione informi questa persona sul contenuto principale del contratto, come pure sulle sue modifiche e scioglimenti. A tale scopo la cassa malati Agrisano redige un foglio informativo.

4 Se la cassa malati Agrisano viola il suo obbligo d'informazione secondo la presente disposizione, il contraente dell'assicurazione ha il diritto di disdire il contratto d'assicurazione mediante dichiarazione scritta. La disdetta diventa efficace all'arrivo presso la cassa malati Agrisano. Questo diritto di disdetta si estingue quattro settimane dopo che il contraente d'assicurazione è giunto a conoscenza della violazione dell'obbligo e delle sopraccitate informazioni, in ogni caso al più tardi un anno dopo la stipulazione del contratto.

Art. 5 Possibilità d'assicurazione

1 Il contratto può essere stipulato come assicurazione individuale o collettiva.

2 Il contratto può comprendere le seguenti possibilità di assicurazione:

- AGRI-speciale
- AGRI-natura
- AGRI-indennità giornaliera
- AGRI-dental

3 Nella polizza d'assicurazione sono indicate le categorie assicurative per le quali è stato stipulato il contratto nonché eventuali disposizioni derogatorie alle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 6 Persone assicurate

1 Sono assicurate le persone il cui nome è specificato nella polizza d'assicurazione.

2 Nel caso di assicurazioni collettive sono assicurati i gruppi di persone specificati nella polizza d'assicurazione.

II. INIZIO E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Art. 7 Inizio dell'assicurazione

1 La richiesta di stipulazione d'assicurazione deve avvenire per iscritto utilizzando il modulo prestampato della cassa malati Agrisano. Le polizze d'assicurazione vengono stipulate il primo giorno di ogni mese.

2 Le risposte alle domande contenute nel modulo devono essere esaurienti e corrispondenti a verità. In caso d'incapacità di agire, l'interessato può essere assicurato solo tramite il suo rappresentante legale. Qualora il modulo di richiesta contenga dichiarazioni inesatte o reticenti, la cassa malati Agrisano ha la facoltà di recedere dal contratto entro quattro settimane dal momento in cui venga a conoscenza dell'inesattezza delle informazioni ricevute.

3 Con la richiesta di stipulazione d'assicurazione, il candidato autorizza la cassa malati Agrisano a richiedere presso personale sanitario o altri assicuratori le informazioni necessarie per la stipulazione del contratto assicurativo e la precisazione del futuro obbligo di prestazioni. La cassa malati Agrisano può richiedere un certificato medico o pretendere che il candidato si sottoponga a una visita medica di cui essa si impegna a sostenere le spese. Il contraente dovrà fare in modo di fornire tutte le informazioni necessarie sulla persona assicurata.

4 La copertura assicurativa è da considerarsi provvisoria per ogni assicurato a partire dalla data indicata nel modulo di richiesta fino alla consegna della polizza d'assicurazione. Qualora si verifichi un caso assicurato nel periodo di copertura provvisoria, non sussiste

alcun diritto alle prestazioni se dalla documentazione raccolta, di cui ai capoversi 1 e 2, si evinca che il caso assicurato è riconducibile a una malattia, un infortunio o a conseguenze di un infortunio verificatosi prima dell'inizio della copertura provvisoria.

5 Al momento della stipulazione dell'assicurazione al contraente vengono consegnate la polizza d'assicurazione e le CGA.

6 Per gli assicurati di un'assicurazione collettiva l'assicurazione ha effetto con l'inizio del rapporto di lavoro.

Art. 8 Durata del contratto

1 Il contratto assicurativo dura sempre un anno civile, dal 1. gennaio al 31 dicembre.

2 Il contratto assicurativo che inizia nel corso di un anno civile, dura fino al 31 dicembre dell'anno civile corrispondente.

3 Alla fine di ogni anno, in mancanza di disdetta entro i termini previsti, il contratto assicurativo si rinnova tacitamente per la durata di un anno.

Art. 9 Cessazione dell'assicurazione

- 1 L'assicurazione si estingue:
 - a) per decesso dell'assicurato;
 - b) con il raggiungimento dell'età accordata fino alla quale l'assicurazione Agrisano concede la copertura assicurativa;
 - c) con la disdetta da parte del contraente dell'assicurazione dopo la scadenza del termine di disdetta contrattuale;
 - d) per trasferimento del domicilio all'estero;
 - e) Dopo esaurimento della prestazione assicurata per l'assicurazione concernente;
 - f) nell'assicurazione collettiva con la cessazione del rapporto di lavoro.
- 2 Con la cessazione dell'assicurazione, si estingue anche l'obbligo di prestazione della cassa malati Agrisano, anche se il caso d'assicurazione si è già verificato.

Art. 10 Passaggio all'assicurazione individuale

- 1 A partire dalla data di uscita dall'assicurazione collettiva l'assicurato ha la possibilità di non recedere dall'assicurazione passando all'assicurazione individuale
- 2 Il proseguimento del rapporto assicurativo deve essere richiesto per iscritto nell'arco di 30 giorni. Resta riservato l'art. 100 cpv. 2

III. MODIFICA DELL'ASSICURAZIONE

Art. 13 Modifica richiesta dal contraente

In caso di richiesta di modifica del contratto assicurativo con una copertura più elevata viene considerata valida come nuova richiesta solo quella parte con la copertura più elevata.

Art. 14 Modifica richiesta dalla cassa malati Agrisano

- 1 Qualora dopo la stipulazione del contratto assicurativo si verificano variazioni sostanziali delle condizioni di base per l'assicurazione delle conseguenze economiche di malattia, infortunio e maternità - come p.e. l'aumento numerico del personale sanitario, nuove categorie del personale sanitario, l'ampliamento

LCA per assicurati che, all'uscita dall'assicurazione collettiva, diventano disoccupati.

Art. 11 Disdetta inoltrata dal contraente

- 1 La disdetta dell'assicurazione deve avvenire tramite comunicazione scritta entro e non oltre il 31 marzo per diventare effettiva il 30 giugno oppure entro e non oltre il 30 settembre per diventare effettiva il 31 dicembre.
- 2 Dopo ogni malattia, infortunio o maternità per i quali sia dovuta una prestazione, il contraente può disdire il contratto per iscritto, precisamente entro e non oltre 14 giorni da quando sia venuta a conoscenza dell'ultimo pagamento della cassa malati Agrisano. La copertura assicurativa si estingue al ricevimento della comunicazione da parte della cassa malati Agrisano.

Art. 12 Disdetta inoltrata dalla cassa malati Agrisano

La cassa malati Agrisano rinuncia esplicitamente al diritto previsto dalla legge di disdire il contratto alla scadenza o di recedere dal contratto in caso di sinistro. Fa eccezione il caso di recessione dal contratto a causa di tentato o compiuto abuso assicurativo, come pure nei casi previsti dalla legge e dal contratto.

IV. DEFINIZIONI

Art. 15 Malattia

Per malattia si intende qualsiasi danno alla salute fisica o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica o che provochi un'incapacità al lavoro.

Art. 16 Maternità

Le prestazioni di maternità e parto sono assicurate come il caso di malattia a condizione che al momento del parto la madre sia assicurata con la cassa malati Agrisano da almeno 270 giorni.

Art. 17 Infortunio

È considerato infortunio l'azione repentina, involontaria e lesiva che colpisce il corpo umano dovuta ad un fattore esterno straordinario che compromette la salute fisica e psichica dell'assicurato. Vengo-

no inoltre considerate prestazioni mediche, l'introduzione di nuove terapie o medicinali e ritrovati simili molto costosi - la cassa malati Agrisano è autorizzata a modificare di conseguenza le condizioni d'assicurazione.

- 2 Le nuove condizioni contrattuali saranno comunicate al contraente con un anticipo di 30 giorni. Il contraente ha il diritto, entro 30 giorni a partire dalla comunicazione della data di variazione del contratto, di recedere dalla corrispondente categoria assicurativa o dall'intero contratto.
- 3 La mancata disdetta da parte del contraente equivale all'approvazione delle nuove condizioni contrattuali.

V. PRESTAZIONI

Art. 18 Diritto alle prestazioni

- 1 Il diritto alle prestazioni nei confronti della cassa malati Agrisano sussiste solo per il periodo d'assicurazione. Non è possibile rivendere alcun diritto alle prestazioni per costi sostenuti dopo l'estinzione dell'assicurazione. In questi casi fa fede la data del trattamento.
- 2 L'assicurazione è valida per prestazioni in Svizzera. Le disposizioni delle singole categorie assicurative sulla validità locale sono comunque prioritarie.
- I diritti alle prestazioni nei confronti della cassa malati Agrisano sussistono solamente fino a quando l'assicurato è domiciliato in Svizzera.

no inoltre considerate infortuni le malattie professionali riconosciute come infortuni dalla legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) del 20 marzo 1981. I seguenti danni fisici vengono equiparati a infortuni anche se non determinati da eventi straordinari:

- a) fratture ossee (purché non chiaramente riconducibili a una malattia)
- b) lussazioni alle articolazioni
- c) lesioni del menisco
- d) lacerazioni muscolari
- e) stiramenti muscolari
- f) lacerazioni dei tendini
- g) lesioni dei legamenti
- h) lesioni del timpano

Art. 19 Ambito delle prestazioni

- 1 Le prestazioni sono assicurate secondo la copertura specificata nella polizza d'assicurazione e ai sensi delle disposizioni delle singole categorie assicurative.
- 2 Sono assicurati solo i trattamenti eseguiti da personale sanitario o istituzioni mediche riconosciute ai sensi della LAMal.
- 3 Le prestazioni di altre persone o istituzioni sono assicurate solo se previste dalle disposizioni delle singole categorie assicurative.
- 4 Sono coperti i costi delle cure, se queste risultano essere efficaci, appropriate ed economiche. Questo significa che le spese per cure mediche vengono rimborsate purché queste si limitino a quanto effettivamente richiesto nell'interesse dell'assicurato e necessario ai fini del trattamento.

Art. 20 Esclusione di prestazioni

1 Eventuali malattie e conseguenze d'infortuni già presenti al momento della stipulazione del contratto assicurativo possono essere escluse dalla copertura assicurativa.

2 Non sussiste alcun diritto alle prestazioni:

- a) per dolori già presenti all'inizio del contratto;
- b) durante un periodo di carenza;
- c) per cure non mirate all'eliminazione di un disturbo o delle sue conseguenze. Fanno eccezione le misure atte a prevenire il verificarsi o il peggioramento di un disturbo quando sia già in corso una malattia;
- d) per cure dentarie qualora la copertura non sia espressamente specificata nella relativa categoria assicurativa;
- e) in caso di partecipazione ad atti bellici, agitazioni o eventi simili nonché in caso di servizio militare all'estero;
- f) per malattie e infortuni conseguenti la partecipazione attiva a reati o risse;
- g) per le conseguenze di terremoti ed altre catastrofi naturali;
- h) per danni alla salute dovuti agli effetti di raggi ionizzanti e dell'energia nucleare;
- i) in caso di trapianti di organi per i quali la Federazione Svizzera per compiti comunitari della cassa malati, (SVK) Soletta, ha

- concordato un numero forfetario per casi specifici indipendentemente dal luogo in cui viene effettuato il trapianto;
- j) in caso di partecipazione legale o concordata ai costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
 - k) per malattie epidemiche.

Art. 21 Limitazione delle prestazioni

Le prestazioni possono essere ridotte o, in casi particolarmente gravi, negate:

- a) per violazione colpevole degli obblighi da parte del contraente dell'assicurazione o dell'assicurato (p. es. l'obbligo di notifica o l'obbligo di collaborazione)
- b) per colpa grave nel causare la malattia o l'infortunio;
- c) per danni alla salute causati da un atto temerario. Per atti temerari si intende un'azione con cui l'assicurato si espone a pericoli particolarmente gravi senza prendere o poter prendere le necessarie misure di sicurezza che possono ridurre il rischio ad una misura ragionevole. Azioni di salvataggio a favore di terzi, sono invece assicurate, anche quando possono sembrare atti temerari;
- d) quando il danno alla salute è stato provocato intenzionalmente.

VI. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO/COMUNICAZIONI

Art. 22 Obblighi di collaborazione

1 Gli assicurati sono tenuti a presentare alla cassa malati Agrisano la richiesta di rimborso secondo le disposizioni delle singole categorie assicurative.

2 Il verificarsi di un infortunio o di una malattia deve essere comunicato alla cassa malati Agrisano al più tardi entro 10 giorni.

3 Quando si avanza pretesa di prestazioni assicurative devono essere fornite alla cassa malati Agrisano tutte le informazioni richieste.

Art. 23 Comportamento in caso di malattia o infortunio

L'assicurato deve fare tutto il possibile per favorire la guarigione ed evitare qualsiasi azione che potrebbe ritardarla. In particolare è tenuto ad osservare le prescrizioni del personale sanitario.

Art. 24 Obbligo d'informazione

1 L'assicurato è tenuto a fornire alla cassa malati Agrisano le informazioni relative a tutte le prestazioni di terzi in caso di malat-

tia, infortunio e maternità e a svincolare i medici curanti e altro personale sanitario dal segreto professionale nei confronti della cassa malati Agrisano. Se necessario, la cassa malati Agrisano può richiedere informazioni anche ad altri assicuratori.

2 Su richiesta dalla cassa malati Agrisano, che si fa carico delle spese, l'assicurato è tenuto a sottoporsi alla visita di un secondo medico o di un medico di fiducia.

Art. 25 Comunicazioni

1 Eventuali cambiamenti subentrati nella vita privata dell'assicurato e fondamentali per l'assicurazione, come il trasferimento del domicilio, devono essere comunicati alla cassa malati Agrisano entro 30 giorni.

2 Tutte le comunicazioni del contraente o dell'assicurato devono essere indirizzate all'agenzia competente della cassa malati Agrisano.

3 Le comunicazioni della cassa malati Agrisano all'assicurato o al contraente devono essere inviate, a norma di legge in forma scritta, al recapito più recente di cui si abbia notizia.

VII. PREMI

Art. 26 Tariffe dei premi

1 Viene stabilita una tariffa dei premi per ciascuna categoria assicurativa.

2 L'ammontare dei premi viene fissato in base al rischio e all'età dell'assicurato. In seguito al passaggio in un diverso gruppo d'età, il premio viene modificato automaticamente.

3 Nel caso di assicurazioni collettive è possibile fissare premi separati per i corrispondenti gruppi di persone.

4 Per le famiglie esiste la possibilità di ottenere sconti sui premi.

5 La tariffa dei premi e la partecipazione ai costi possono essere adeguati all'evoluzione dei costi e dei sinistri. Eventuali adeguamenti del premio saranno comunicati al contraente con un anticipo di 30 giorni. Il contraente ha diritto, entro 30 giorni dalla comunicazione da parte della cassa malati Agrisano della data in cui avrà effetto l'adeguamento del premio, di recedere dalla corrispondente categoria assicurativa o dall'intero contratto. La mancata disdetta da parte del contraente equivale all'approvazione dell' adeguamento dei premi.

Art. 27 Scadenza dei premi

Il contraente deve corrispondere i premi in anticipo. Il periodo di pagamento nelle diverse categorie assicurative deve coincidere con il periodo di pagamento delle assicurazioni regolate dalla LAMal.

Art. 28 Pagamento dei premi

1 I premi devono essere corrisposti senza interruzione, vale a dire anche in caso di malattia, infortunio, maternità, incapacità lavorativa, o sospensione del diritto.

2 Se l'assicurazione inizia o si estingue nel corso di un mese civile, il premio va corrisposto per l'intero mese.

3 Qualora il contraente non adempia l'obbligo di pagamento dei premi o l'obbligo di pagamento della partecipazione ai costi neppure durante il periodo di proroga di 30 giorni, viene sollecitato per iscritto a pagare i premi arretrati o le partecipazioni ai costi entro e non oltre 14 giorni. L'intimazione di pagamento richiama l'attenzione del contraente sulle conseguenze dell'inadempienza dell'obbligo di pagamento. Se, nonostante il sollecito, il contraente non provvede al pagamento, viene sospesa la copertura assicurativa per malattie, infortuni e relative conseguenze fino all'avvenuto pagamento del premio compresi gli interessi e le spese amministrative; la copertura viene sospesa anche in caso di pagamento posticipato del premio arretrato. Qualora i premi arretrati non vengano reclamati per vie legali entro due mesi dalla scadenza del termine di sollecito, il contratto si estingue. Allo scadere del termine di sollecito la cassa malati Agrisano ha il diritto di recedere dal contratto.

Art. 29 Passaggio a una categoria di premio superiore

Il passaggio ad una categoria di premio superiore avviene all'inizio dell'anno civile seguente.

Art. 30 Compensazione

1 La cassa malati Agrisano ha la facoltà di compensare eventuali prestazioni in scadenza con crediti nei confronti del contraente. Nei confronti della cassa malati Agrisano il contraente non ha alcun diritto di compensazione.

2 Eventuali crediti nei confronti della cassa malati Agrisano non possono essere vincolati né ceduti senza il consenso della stessa.

VIII. RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI

Art. 31 Pagamento delle prestazioni

1 Per il pagamento delle prestazioni è necessario consegnare alla cassa malati Agrisano fatture dettagliate con le informazioni mediche e amministrative necessarie.

2 A condizione che tra la cassa malati Agrisano e i fornitori di prestazioni non siano stati presi accordi diversi, l'assicurato deve riconoscere al fornitore di prestazioni il suo onorario.

3 In caso di fatturazione palesemente elevata, la cassa malati Agrisano può subordinare le proprie prestazioni alla cessione del credito di riduzione nei confronti del fornitore di prestazioni.

Art. 32 Sussidiarietà e prestazioni di terzi

1 Il contraente o l'assicurato si impegnano a rivendicare regolarmente il proprio diritto alle prestazioni nei confronti di altri assicuratori.

2 Tutte le prestazioni regolamentate dalle presenti CGA vengono fornite come complemento alle prestazioni di assicuratori sociali e privati, stranieri o svizzeri, in particolare anche nei confronti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

3 In caso di più assicuratori tenuti a corrispondere prestazioni, si calcola quanto dovrebbe pagare ciascun assicuratore per i costi in base all'assicurazione da lui stipulata, qualora fosse l'unico tenuto a corrispondere le prestazioni. Su tale base si calcola la somma delle prestazioni. L'indennizzo dovuto dalla cassa malati Agrisano è limitato alla parte che corrisponde alla sua quota somma. Il totale

degli indennizzi di tutti gli assicuratori non deve eccedere i costi effettivamente sostenuti.

4 Qualora per le conseguenze di malattia o infortunio esistesse l'obbligo alla prestazione per terzi civilmente responsabili, la cassa malati Agrisano accorda le proprie prestazioni, con riserva dell'articolo 33 delle presenti CGA, solo se detti terzi hanno corrisposto le loro prestazioni e solo nella misura in cui, tenendo conto delle prestazioni di terzi, non ne risulti alcun guadagno per l'assicurato.

Art. 33 Prestazioni anticipate e diritto di regresso

1 La cassa malati Agrisano ha la facoltà di corrispondere anticipatamente le sue prestazioni a condizione che l'assicurato ceda alla cassa i propri diritti nei confronti di terzi tenuti a corrispondere prestazioni per l'ammontare corrispondente alle prestazioni da lei fornite e al tempo stesso si impegni a non intraprendere alcuna azione che potrebbe ostacolare l'affermazione di un eventuale diritto di regresso nei confronti di terzi.

2 Qualora il contraente o l'assicurato prendano, senza il consenso della cassa malati Agrisano, accordi con terzi tenuti a corrispondere prestazioni, impegnandosi a rinunciare completamente o in parte alle prestazioni assicurative o al risarcimento dei danni, qualsiasi diritto alle prestazioni nei confronti della cassa malati Agrisano viene meno.

IX. CONTROVERSIE

Art. 34 Foro competente

In caso di controversie derivanti da assicurazioni regolamentate dalle presenti CGA l'assicurato può scegliere come foro competente il tribunale della località svizzera in cui egli è residente oppure il tribunale del luogo dove ha sede la cassa malati Agrisano.

AGRI-speciale

Assicurazione complementare per prestazioni integrative

I. GENERALITÀ

Art. 35 Scopo

AGRI-speciale fornisce agli assicurati prestazioni integrative all'assicurazione sociale malattie.

Art. 36 Rapporti con l'assicurazione malattie (LAMal)

- 1 Vengono detratte le prestazioni già fornite dall'assicurazione sociale malattie.
- 2 Non vengono assicurate le partecipazioni ai costi stabilite dalla legge o dal contratto previste dall'assicurazione sociale malattie.

Art. 37 Requisiti dei fornitori di prestazioni

- 1 Le prestazioni devono essere prescritte da fornitori di prestazioni riconosciuti dalla LAMal.
- 2 La cassa malati Agrisano ha la facoltà di riconoscere anche altri fornitori di prestazioni i cui nominativi verranno inseriti in appositi elenchi. Tali elenchi vengono costantemente aggiornati e possono essere esaminati presso la cassa malati Agrisano o se ne può richiedere un estratto.

II. PREMI

Art. 38 Categorie di premi

Esistono le seguenti categorie di premi:

- a) 18 fino ai 18 anni d'età compiuti
- b) 25 fino ai 25 anni d'età compiuti
- c) 30 fino ai 30 anni d'età compiuti
- d) 35 fino ai 35 anni d'età compiuti
- e) 40 fino ai 40 anni d'età compiuti

- f) 45 fino ai 45 anni d'età compiuti
- g) 50 fino ai 50 anni d'età compiuti
- h) 55 fino ai 55 anni d'età compiuti
- i) 60 fino ai 60 anni d'età compiuti
- j) 65 fino ai 65 anni d'età compiuti
- k) 70 oltre il 65 anni d'età compiuti

III. AMBITO DELLE PRESTAZIONI

Art. 39 Prestazioni assicurate

Nell'ambito della categoria assicurativa AGRI-speciale, la cassa malati Agrisano garantisce prestazioni per:

- a) farmaci/medicamenti
- b) trattamenti ospedalieri nel reparto comune
- c) maternità
- d) trattamenti estetici
- e) Prevenzione / prevenzione sanitaria
- f) psicoterapia

- g) cure dentali
- h) mezzi ed apparecchi
- i) cure termali e di convalescenza
- j) spese di trasporto e di salvataggio
- k) spese di viaggio
- l) aiuto domestico
- m) prestazioni all'estero
- n) medicina complementare

IV. MEDICAMENTI

Art. 40 Farmaci/Medicamenti

1 La cassa malati Agrisano rimborsa il 50% dei costi per medicinali soggetti a prescrizione medica non coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie a condizione che il farmaco

in questione sia registrato presso la swissmedic per l'indicazione prevista.

2 Per medicinali e prodotti inseriti nella lista dei prodotti farmaceutici a carico degli assicurati (LPFA) non sussiste alcun diritto al rimborso. Lo stesso vale per gli anticoncezionali e i farmaci che hanno un influsso sulle prestazioni sessuali.

V. TRATTAMENTO OSPEDALIERO

Art. 41 Trattamento ospedaliero nel reparto comune

1 La categoria assicurativa AGRI-speciale copre i costi di degenza e di trattamento di una degenza stazionaria in una stanza a più letti del reparto comune di un ospedale (ospedale per malattie acute o clinica psichiatrica) sull'intero territorio svizzero.

2 Vengono rimborsati i costi per la degenza ed il trattamento in ospedali che figurano negli elenchi di stabilimenti e di pianificazione compilati dai Cantoni ai sensi dell'articolo 39 della LAMal oppure negli ospedali con cui la cassa malati Agrisano ha stipulato un accordo contrattuale.

3 I costi per cure ospedaliere che, ai sensi dell'articolo 41, capoverso 3 della LAMal, sono a carico dei Cantoni, non vengono corrisposti.

4 Qualora la degenza ospedaliera possa essere evitata grazie a un intervento ambulatoriale più economico, la cassa malati Agrisano ne assume i costi.

5 In caso di trattamento stazionario in un ospedale per malattie acute, le prestazioni assicurate vengono corrisposte senza alcuna limitazione di tempo a condizione che la diagnosi e l'insieme dei trattamenti medici giustificino la necessità di una degenza in un ospedale per malattie acute.

6 In caso di trattamento stazionario in una clinica psichiatrica le prestazioni assicurate vengono corrisposte per un periodo massimo

di 90 giorni nell'arco di un anno civile a condizione che la diagnosi e l'insieme dei trattamenti medici giustificino la necessità di una degenza in una clinica psichiatrica e non si presenti il quadro clinico di una patologia cronica.

7 In caso di degenza ospedaliera e di trattamento stazionario di almeno 24 ore, le prestazioni nell'ambito delle tariffe riconosciute dalla cassa malati Agrisano per gli ospedali o per istituti per cure semistazionarie comprendono:

- a) i costi di degenza e vitto per il reparto comune degli ospedali per malattie acute e delle cliniche psichiatriche assicurati in Svizzera;
- b) i costi per provvedimenti diagnostici e terapeutici scientificamente riconosciuti;
- c) i costi per medicinali, materiale di medicazione, sala operatoria e anestesia;
- d) i costi per i mezzi ausiliari e gli apparecchi prescritti dall'ospedale.

8 Sono pienamente coperti dall'assicurazione i trattamenti ambulatoriali extra-cantionali non soggetti all'obbligo di prestazione da parte dell'assicurazione malattie obbligatoria. Il compenso avverrà secondo le condizioni contrattuali relative alle tariffe da applicarsi secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) per il cantone dove avviene il trattamento.

Art. 42 Prestazioni in caso di copertura assicurativa insufficiente

1 Qualora un assicurato si faccia ricoverare in un reparto ospedaliero di categoria superiore, vengono corrisposte solo le spese del reparto assicurato.

2 Qualora non sia possibile determinare i costi del reparto ospedaliero corrispondente, ai fini dell'indennità, viene considerata la tariffa dell'ospedale con un reparto comune più vicino al domicilio dell'assicurato.

VI. MATERNITÀ

Art. 43 Prestazioni in cliniche ostetriche

1 La cassa malati Agrisano corrisponde contributi a cliniche ostetriche da lei riconosciute.

2 Prima del parto l'interessata deve richiedere alla cassa malati Agrisano una garanzia per i costi.

3 Le prestazioni supplementari corrisposte dalla cassa malati Agrisano, ai sensi della Legge federale sull'assicurazione malattie, includono per ogni parto il 50 %, al massimo CHF 1.000,- delle spese non assoggettate alla LAMal (ad es. spese d'infrastruttura, alberghi, ecc.).

VII. ALTRE PRESTAZIONI

Art. 44 Trattamenti estetici

1 I trattamenti estetici nei bambini e nei giovani fino ai 25 anni d'età vengono corrisposti a condizione che sussistano un handicap o una deformazione gravi.

2 Prima dell'inizio del trattamento è necessario presentare alla cassa malati Agrisano una richiesta documentata.

3 Il diritto alle prestazioni sussiste solo se il socio è stato assicurato con la cassa malati Agrisano per un periodo minimo di 365 giorni.

4 La cassa malati Agrisano corrisponde per le prestazioni un importo massimo pari alle spese che sarebbero state sostenute nel reparto comune di in un ospedale pubblico.

2 Viene assunto il 90% dei costi sostenuti in seguito a malattia, in totale al massimo CHF 5000.- per anno civile, per mezzi ausiliari ed apparecchi prescritti da un medico, in grado di favorire la guarigione o attenuare le conseguenze di un handicap fisico, a condizione che non si tratti di una prestazione obbligatoria ai sensi della LAMal e che i costi non siano già coperti dalla AI.

3 Per lenti per occhiali e lenti a contatto vengono rimborsati fino a un massimo di CHF 200.- nell'arco di 720 giorni, a condizione che non si tratti di prestazioni assicurate ai sensi della LAMal.

Art. 45 Prevenzione e prevenzione sanitaria

Per la prevenzione e le misure di prevenzione sanitaria vengono rimborsate le seguenti prestazioni:

a) 90%, al massimo CHF 500.- per ogni anno civile per misure in relazione con vaccinazioni per motivi professionali o legati al luogo di residenza o alle ferie con vaccinazione ammessa.

b) 50%, al massimo 500.- per ogni anno civile per misure prescritte e consigliate dal medico per promuovere la salute nei settori scuola per la schiena, movimento, alimentazione e gravidanza/maternità. Il rimborso avviene posticipatamente e può dipendere dalla presentazione di una prova dell'avvenuta effettuazione.

Art. 49 Cure termali e di convalescenza

Dietro prescrizione medica vengono rimborsati, per un massimo di 30 giorni nell'arco di un anno civile, CHF 45.- al giorno per i costi di cure termali e di convalescenza in stabilimenti riconosciuti, sotto direzione medica (compresi Abano e Montegrotto nonché il Mar Morto per il trattamento della psoriasi).

Art. 46 Psicoterapia

1 In caso di terapia prescritta dal medico con uno degli psicoterapeuti che esercitano in nome proprio riconosciuti dalla cassa malati Agrisano, vengono rimborsate 20 sedute nell'arco di un anno civile. Per terapie più lunghe è necessaria l'autorizzazione del medico di fiducia.

2 Per ogni seduta viene corrisposto un importo massimo di CHF 50.-.

Art. 50 Spese di trasporto e di salvataggio

1 I seguenti costi documentati vengono rimborsati al 90%:

- a) trasporto di malati in ospedale in caso di malattia acuta o in casi in cui l'assicurato non ha altri mezzi a disposizione;
- b) spese di trasporto e di salvataggio in caso di infortunio;
- c) trasporto di salma all'estero o dall'estero.

2 Le prestazioni di cui al capoverso 1 punti a) e b) sono limitate a CHF 20'000.- nell'arco di un anno civile. La prestazione di cui al capoverso 1 punto c) è limitata a CHF 10'000.-.

Art. 47 Cure dentali

1 Il trattamento odontoiatrico deve essere effettuato da un dentista titolare di un diploma federale o di attestato scientifico equivalente ai sensi delle norme cantonali. Valgono le basi tariffarie e contrattuali ai sensi della Legge federale dell'assicurazione malattie (LAMal).

2 Vengono assunte le seguenti prestazioni:

a) il 50% dei costi per l'estrazione chirurgica di denti (p.e. denti del giudizio, denti incuneati) per un importo massimo di CHF 500.- per ogni anno civile;

b) Il 50% dei costi per interventi di chirurgia e di ortopedia mascellare su bambini fino al compimento dei 18 anni d'età. Se, per motivi di medicina dentaria, il trattamento doveva essere iniziato solo poco tempo prima di raggiungere i 18 anni, l'età di diritto al trattamento si protrae fino ai 20 anni compiuti;

c) Il 50% dei costi di anestesia su bambini sino al compimento del 18° anno d'età, a condizione che il trattamento di anestesia sia ritenuto indispensabile dal medico di fiducia.

Art. 51 Spese di viaggio

1 Nell'arco di un anno civile viene rimborsato il 75% dei costi documentati per un importo massimo di CHF 1'000.-

2 Le spese di viaggio vengono rimborsate solamente se sostenute alla fine di un trattamento stazionario prescritto dal medico.

3 Il rimborso viene calcolato sulla base delle tariffe dei mezzi di trasporto pubblici.

4 Le spese per mezzi di trasporto diversi vengono rimborsate solamente nel caso in cui l'uso dei mezzi di trasporto pubblici sia per l'assicurato inesigibile.

Art. 52 Aiuto domestico

1 Qualora un assicurato a causa della sua totale incapacità al lavoro dovuta allo stato di salute e certificata dal medico e alla sua situazione familiare, necessiti di un aiuto domestico, vengono corrisposte per le spese documentate sostenute a questo scopo il 90%, al massimo CHF 800.- per ogni anno civile. La tariffa giornaliera massima ammonta a CHF 80.-.

2 Per aiuto domestico si intende la persona che, professionalmente, per proprio conto o per conto di un'organizzazione si occupa dell'economia domestica in vece dell'assicurato.

3 Per aiuto domestico viene anche riconosciuto chi, invece della persona malata, si occupa dell'economia domestica subendo una perdita documentabile di guadagno nella sua attività professionale.

4 In caso di degenza in ospedale, in casa di cura o in istituti analoghi non vengono riconosciute prestazioni per aiuto domestico.

Art. 48 Mezzi ed apparecchi

1 I danni a protesi ed a mezzi ausiliari causati da infortuni vengono assunti al 90% secondo la prassi della LAINF.

Art. 53 Prestazioni all'estero

1 Ad integrazione delle prestazioni ai sensi della LAMal, in casi di emergenza all'estero vengono assunti i costi per trattamenti ambulatoriali o stazionari scientificamente riconosciuti ed appropriati, nonché le spese di trasporto e di salvataggio.

2 Per caso di emergenza si intende il caso in cui l'assicurato, durante un soggiorno all'estero, necessiti un trattamento medico e il viaggio di ritorno in Svizzera non sia indicato.

3 I costi di rimpatrio vengono assunti solo qualora la cassa malati Agrisano si sia fatta precedentemente garante dei costi.

4 In caso di sinistro il contraente o l'assicurato hanno l'obbligo di informare immediatamente la cassa malati Agrisano del verificarsi del sinistro.

5 Le prestazioni integrative sono limitate a un massimo di CHF 50'000.- per ogni anno civile. In caso di degenza in un ospedale per malattie acute viene corrisposto un importo massimo di CHF 1'000.- al giorno.

6 Non viene fornita alcuna prestazione se l'assicurato decide di farsi curare all'estero.

Art. 54 Medicina complementare

1 La cassa malati Agrisano fornisce in misura limitata prestazioni per trattamenti ambulatoriali effettuati secondo i metodi terapeutici della medicina complementare.

2 In caso di malattie già trattate dalla medicina tradizionale, nel senso della medicina classica soggetta all'obbligo d'assicurazione con una cassa malati ai sensi della LAMal, non viene fornita alcuna prestazione nel campo della medicina complementare.

3 Le prestazioni fornite nel campo della medicina complementare comprendono l'omeopatia, la fitoterapia, l'agopuntura, l'agopressione, la chinesioterapia e il tradizionale massaggio terapeutico (senza massaggio plantoriflessogeno).

4 In casi eccezionali la cassa malati Agrisano si riserva la facoltà di riconoscere parzialmente o integralmente altre cure o metodi di trattamento.

5 Per poter essere rimborsate, le prestazioni devono essere state prescritte ed effettuate da un medico, da un medico naturalista autorizzato dal Cantone o da uno dei fornitori di prestazioni riconosciuti dalla cassa malati Agrisano. La cassa malati Agrisano dispone di un elenco del personale sanitario autorizzato ad esercitare la medicina complementare.

6 La cassa malati Agrisano rimborsa il 90% dei costi per metodi di trattamento e il 50% dei costi per medicine, farmaci e prodotti di trattamento resisi necessari ai fini dei metodi di trattamento stessi. Metodi di trattamento ai sensi dell'art. 4 possono essere rimborsati in maniera ridotta.

7 La cassa malati Agrisano tiene un elenco del personale medico riconosciuto per la medicina complementare, dei metodi di trattamento riconosciuti nonché dei relativi tassi dei compensi.

8 Per ogni anno civile viene riconosciuto un importo massimo di CHF 2'000.- per prestazioni ai sensi dell'art. 54.

9 La fattura deve specificare chiaramente diagnosi, metodi e durata del trattamento. In mancanza di tali dati sulla fattura, non sussiste alcun diritto alle prestazioni. I rimborsi delle prestazioni vengono calcolati in base ad eventuali tariffe e contratti, per quanto esistenti. Al massimo viene riconosciuto un tasso orario pari a CHF 120.-.

10 Per trattamenti eseguiti all'estero non è previsto il rimborso di alcuna prestazione.

AGRI-natura

Copertura assicurativa per prestazioni estese di medicina complementare

I. GENERALITÀ

Art. 55 Scopo

1 La cassa malati Agrisano offre prestazioni estese per trattamenti eseguiti secondo i metodi terapeutici della medicina complementare.

2 In caso di malattie già trattate dalla medicina tradizionale, nel senso della medicina classica soggetta all'obbligo di assicurazione con una cassa malati ai sensi della LAMal, non viene fornita alcuna prestazione nel campo della medicina complementare.

II. PREMI

Art. 56 Categorie di premi

Esistono le seguenti categorie di premi:

- a) 18 fino ai 18 anni d'età compiuti
- b) 25 fino ai 25 anni d'età compiuti
- c) 30 fino ai 30 anni d'età compiuti
- d) 35 fino ai 35 anni d'età compiuti
- e) 40 fino ai 40 anni d'età compiuti

- f) 45 fino ai 45 anni d'età compiuti
- g) 50 fino ai 50 anni d'età compiuti
- h) 55 fino ai 55 anni d'età compiuti
- i) 60 fino ai 60 anni d'età compiuti
- j) 65 fino ai 65 anni d'età compiuti
- k) 70 oltre i 65 anni d'età compiuti

III. PRESTAZIONI

Art. 57 Ambito delle prestazioni

1 La cassa malati Agrisano accorda prestazioni in caso di trattamenti ambulatoriali eseguiti secondo i metodi terapeutici della medicina complementare.

2 Vengono dedotte le prestazioni in ambito di medicina complementare coperte dalla categoria assicurativa AGRI-speciale.

3 Non sussiste alcun diritto alle prestazioni per le seguenti forme di trattamenti: astrologia, pranoterapia, ipnosi, pendolino, occultismo, guarigioni a distanza, magnetoterapia.

4 In casi eccezionali, la cassa malati Agrisano si riserva la facoltà di decidere se un trattamento, in considerazione della preparazione professionale del fornitore di prestazioni, può motivare la rivendicazione del diritto alle prestazioni.

Art. 58 Requisiti dei fornitori di prestazioni

1 Perché le prestazioni possano essere rimborsate, il fornitore della prestazione deve essere abilitato all'esercizio di una professione nel campo della medicina complementare o di una professione ausiliaria.

2 La cassa malati Agrisano dispone di un elenco del personale sanitario autorizzato ad esercitare la medicina complementare.

3 Le prestazioni negli stati confinanti da parte di fornitori con requisiti uguali o analoghi ai fornitori operanti in Svizzera vengono rimborsate alle stesse condizioni vigenti in Svizzera.

4 La fattura deve specificare chiaramente diagnosi, metodi e durata del trattamento. I rimborsi delle prestazioni vengono calcolati in base a eventuali tariffe e contratti, per quanto esistenti. Al massimo viene riconosciuto un tasso orario pari a CHF 120.-.

5 L'assicurazione della categoria AGRI-natura deve essere stipulata per almeno la durata minima di un anno.

Art. 59 Volume delle prestazioni

1 La cassa malati Agrisano rimborsa il 90% dei costi per metodi di trattamento e il 50% dei costi per medicine, farmaci e prodotti di trattamento resisi necessari ai fini dei metodi di trattamento stessi.

2 Per ogni anno civile viene riconosciuto un importo massimo di CHF 5'000.-.

AGRI-Indennità giornaliera

per malattia e infortunio per le persone attive nell'agricoltura

I. GENERALITÀ

Art. 60 Scopo

1 L'assicurazione AGRI-Indennità giornaliera (di seguito denominata assicurazione d'indennità giornaliera) assicura un'indennità giornaliera agli agricoltori svizzeri e ai loro familiari.

2 L'assicurazione d'indennità giornaliera accorda prestazioni in caso di mancato guadagno dovuto a malattia e infortunio.
3 Il rischio infortunio è sempre coassicurato.

II. PREMI

Art. 61 Categorie di premi

Esistono le seguenti categorie di premi:

- a) 18 fino ai 18 anni d'età compiuti
- b) 25 fino ai 25 anni d'età compiuti
- c) 30 fino ai 30 anni d'età compiuti
- d) 35 fino ai 35 anni d'età compiuti
- e) 40 fino ai 40 anni d'età compiuti

- f) 45 fino ai 45 anni d'età compiuti
- g) 50 fino ai 50 anni d'età compiuti
- h) 55 fino ai 55 anni d'età compiuti
- i) 60 fino ai 60 anni d'età compiuti
- j) 65 fino ai 65 anni d'età compiuti
- k) 70 oltre ai 65 anni d'età compiuti

III. PRESTAZIONI

Art. 62 Prestazioni proposte

1 Il candidato può concordare un'indennità giornaliera da CHF 10.- a CHF 250.- per malattia e infortunio.

2 I termini di attesa possono essere scelti fra i seguenti: 7, 14, 21, 30, 60, 90, 180 e 360 giorni.

3 È possibile combinare termini di attesa diversi.

4 A condizione che non sia ancora avvenuta e non sia prevista alcuna riscossione dell'indennità giornaliera, l'assicurazione d'indennità giornaliera può essere convertita, a parità di premi, in una diversa variante della stessa assicurazione. Il risultato è un'indennità superiore per la quale viene considerata valida l'assegnazione al gruppo d'età dell'indennità da convertire. La cassa malati Agrisano si riserva la facoltà di valutare il rischio e di applicare riserve ai sensi dell'articolo 20 per l'aumento dell'indennità giornaliera.

Art. 63 Condizioni per le prestazioni

1 Il diritto alle prestazioni è dato quando l'incapacità lavorativa dell'assicurato sia di almeno il 50% e sia attestata dal medico curante o dal chiropratico.

2 Il diritto all'indennità giornaliera sussiste solo a condizione che l'assicurato non tragga alcun guadagno dalla sua assicurazione (sovrindennizzo).

3 In caso di malattia e infortunio la durata del diritto di godimento viene calcolata di massima separatamente.

Art. 64 Colpa personale

La cassa malati Agrisano rinuncia alla facoltà di ridurre l'indennità giornaliera in caso di grave colpa personale.

Art. 65 Inizio delle prestazioni

1 Il diritto alle prestazioni in caso di differimento dell'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia e infortunio inizia alla scadenza del termine di differimento concordato. Tale termine viene calcolato unitamente per malattia e infortunio una volta nell'arco di 365 giorni.

2 Al fine di calcolare l'adempimento del termine di attesa, vengono computati periodi continui d'incapacità lavorativa superiori a 8 giorni consecutivi nell'arco degli ultimi 365 giorni. Periodi d'incapacità lavorativa più brevi non vengono accumulati.

3 Le giornate d'incapacità lavorativa parziale, di almeno il 50%, vengono considerate come giornate intere per il conteggio del termine di attesa.

Art. 66 Durata delle prestazioni

1 L'indennità di malattia viene corrisposta per una o più malattie per un periodo massimo di 720 giorni compresi nell'arco di 900 giorni consecutivi. Il tempo di attesa concordato viene detratto dalla durata della prestazione. Trascorso il periodo massimo di durata della prestazione, viene meno l'assicurazione d'indennità

giornaliera per malattia. Il socio può continuare la copertura del rischio infortuni. In caso di proseguimento dell'assicurazione d'indennità giornaliera per infortunio dopo la sospensione dell'assicurazione d'indennità giornaliera per malattia viene calcolato il 75% dell'intero premio.

2 L'indennità giornaliera per infortunio viene corrisposta per uno o più infortuni per un periodo massimo di 720 giorni compresi nell'arco di 900 giorni consecutivi. Il tempo di attesa concordato viene detratto dalla durata della prestazione. Qualora l'assicurato continui a pagare i premi anche una volta venuto meno il diritto al godimento, egli potrà rivendicare il diritto alle prestazioni assicurate in caso di un successivo infortunio o più infortuni per 720 giorni nell'arco di 900 giorni consecutivi, a condizione che prima del verificarsi del nuovo caso sia subentrata la capacità lavorativa totale e l'assicurazione federale per l'invalidità non conceda (più) alcuna pensione.

3 L'assicurato non può evitare la sospensione delle prestazioni assicurative con la rinuncia all'indennità giornaliera.

Art. 67 Sospensione

1 In casi di effettiva necessità, a fronte di un premio di rischio pari al 10% del premio ordinario, per un importo minimo di CHF 10.- al mese, l'assicurazione d'indennità giornaliera può essere sospesa per un massimo di 5 anni.

2 La sospensione deve essere richiesta in anticipo, per iscritto.

3 Qualora i presupposti per una sospensione vengano meno, l'assicurato ha l'obbligo di riattivare l'assicurazione d'indennità giornaliera entro 14 giorni.

4 La sospensione viene concessa nei seguenti casi:

- a) obbligo di affiliazione con un'assicurazione equivalente (p.e. cassa malati collettiva o aziendale) nonché casi analoghi;
- b) servizio militare o civile per un periodo complessivo di oltre due mesi;
- c) soggiorno di oltre tre mesi in un penitenziario, in una casa di custodia o di rieducazione.

Art. 68 Età AVS

1 Alla fine del mese in cui un socio assicurato raggiunge l'età prevista per l'AVS, cessa l'assicurazione d'indennità giornaliera.

2 Agli assicurati che continuano a svolgere un'attività lucrativa anche oltre l'età prevista per l'AVS, viene accordata una proroga dell'indennità giornaliera esistente per un massimo di CHF 50.- al giorno. Una richiesta scritta a questo proposito deve essere inoltrata alla cassa malati Agrisano nel mese precedente il compimento di 66 anni d'età. La richiesta dovrà contenere informazioni relative all'attività lucrativa dell'assicurato e al suo stato di salute.

3 La copertura assicurativa viene protratta al massimo fino al compimento dei 70 anni d'età. L'indennità giornaliera viene corrisposta per un periodo massimo di 180 giorni, sul quale va calcolato un eventuale termine di attesa.

Art. 69 Aumento delle somme assicurate

- 1 La cassa malati Agrisano adegua periodicamente all' evoluzione dei prezzi e dei salari l'indennità giornaliera assicurata per i soci a partire dal compimento dei 25 anni d'età, fino al compimento dei 50 anni d'età, rispettando la suddivisione dei gruppi d'età.
- 2 L'adeguamento avviene di regola ogni due anni, nella stessa data e secondo le stesse regole sull'adeguamento delle pensioni all'evoluzione dei prezzi e dei salari valide per la AVS (AVS articolo 33 ter).
- 3 La cassa malati Agrisano comunica per iscritto ai soci l'aumento dell'indennità giornaliera.

- 4 Il socio ha il diritto di respingere l'aumento dell'indennità giornaliera. L'opposizione deve essere notificata per iscritto alla cassa malati Agrisano entro 30 giorni dalla data in cui il socio ha ricevuto la comunicazione della cassa malati Agrisano.
- 5 Qualora il socio rifiuti l'adeguamento dell'indennità giornaliera ogni ulteriore aumento dell'indennità giornaliera sarà trattato secondo le disposizioni comuni.
- 6 Sono esclusi dall'aumento delle somme assicurate i soci che al momento dell'adeguamento percepiscono o stanno per percepire un'indennità giornaliera.

AGRI-dental

Assicurazione complementare per prestazioni dentali

I. GENERALITÀ

Art. 70 Assicurazione supplementare

1 AGRI-dental è un'assicurazione supplementare all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

2 AGRI-dental implica la copertura assicurativa di AGRI-speciale. Una stipulazione di AGRI-dental senza AGRI-speciale non è possibile. Se AGRI-speciale viene sciolta, decade pertanto anche l'assicurazione AGRI-dental.

II. PREMI

Art. 71 Categorie di premi

Sussistono le seguenti categorie di premi:

- a) 10 fino ai 10 anni compiuti
- b) 18 fino ai 18 anni compiuti
- c) 25 fino ai 25 anni compiuti
- d) 30 fino ai 30 anni compiuti
- e) 35 fino ai 35 anni compiuti

- f) 40 fino ai 40 anni compiuti
- g) 45 fino ai 45 anni compiuti
- h) 50 fino ai 50 anni compiuti
- i) 55 fino ai 55 anni compiuti
- j) 60 fino ai 60 anni compiuti
- k) 65 fino ai 65 anni compiuti
- l) 70 dopo i 65 anni compiuti

III. INIZIO E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

Art. 72 Inizio ed cessione dell'assicurazione

1 In ampliamento alle disposizioni nell'art. 7 fino al 12, i neonati hanno diritto ad un'annessione senza riserve per il giorno della nascita.

2 È possibile una stipulazione di contratto fino al compimento del 55° anno d'età.

IV. PRESTAZIONI

Art. 73 Fornitori di prestazioni

Sono considerati fornitori di prestazioni i medici dentisti che possiedono un riconoscimento LAMal o un'autorizzazione di esercizio in un paese confinante con la Svizzera.

2 Per tutti i restanti trattamenti ed operazioni, il periodo di carenza ammonta a dodici mesi assicurativi.

Art. 74 Entità della prestazione

1 Le prestazioni di AGRI-dental vengono fornite in seguito ad altre prestazioni dentali assicurate presso la cassa malati Agrisano, come pure prestazioni da altre assicurazioni sociali (p. es.: LAMal, LAINF, AI, AM).

2 AGRI-dental rimborsa un importo per trattamenti dentistici e operazioni fino ad un importo per anno civile e ad un'aliquota percentuale che sono indicati sulla polizza d'assicurazione.

3 Se è assicurata una franchigia, essa vale per ogni anno civile e deve essere corrisposta prima della quota di prestazione assicurata.

4 Non sono assicurate le prestazioni come conseguenza di mancata osservanza di disposizioni del fornitore di prestazioni o di notifica ritardata non giustificabile dell'evento;

Art. 76 Esercizio dei diritti

1 Per l'esercizio dei diritti devono essere presentati spontaneamente alla cassa malati Agrisano i giustificativi originali e, se necessario, i rapporti motivati di prestazione.

2 I diritti di rimborso premettono la presentazione di una fattura conforme a tariffe e contratto secondo LAMal. Se non viene presentata tale fattura, la cassa malati Agrisano può effettuare una corrispondente riduzione o un completo rifiuto.

3 Debitore di onorario nei confronti del fornitore di prestazioni è la persona assicurata o il suo rappresentante. La cassa malati Agrisano rimborsa esclusivamente a questi ultimi i diritti di prestazione.

4 I giustificativi di rimborso possono contenere una durata di trattamento di sei mesi.

5 In caso di scadenza del contratto tutti i diritti di prestazione entro i sei mesi devono essere pervenuti alla cassa malati Agrisano.

6 In caso di non osservanza dei termini secondo capoversi 4 e 5 non sussiste alcun diritto alla prestazione.

Art. 75 Periodo di carenza

1 Per trattamenti di profilassi dentaria (p. es. igiene dentale) sussiste un periodo di carenza di sei mesi assicurativi.

ASSICURAZIONE PER IL PERSONALE AUSILIARIO

Assicurazione infortuni dell'associazione di previdenza degli agricoltori svizzeri, Brugg, per il personale ausiliario non soggetto alla LAINF – Assicuratore: Solida SA, Saumackerstr. 35, 8048 Zurigo Edizioni 1998

I. CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE

1 Sfera di validità

Le presenti CGA valgono per tutte le organizzazioni agricole cantonali che hanno aderito all'assicurazione infortuni dell'associazione degli agricoltori svizzeri, Brugg (di seguito denominata APAS) per il personale ausiliario.

2 Assicuratore

L'impresa d'assicurazione é l'assicurazione SOLIDA SA, Zurigo (di seguito denominata SOLIDA). A questo scopo la APAS ha stipulato con la SOLIDA un contratto di assicurazione collettiva.

3 Inizio e durata della copertura assicurativa

La copertura assicurativa sussiste automaticamente fintanto che il titolare dell'azienda agricola, il direttore dell'azienda o la sua consorte sono soci della cassa malati Agrisano. Ogni azienda riceve una copia delle CGA corrispondenti.

4 Persone assicurate

Sono assicurati il personale ausiliario e i giornalieri di ogni età non soggetti all'obbligo di assicurazione contro gli infortuni ai sensi della legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni del 20.3.1981 (LAINF). In caso di dubbi sulla soggezione all'obbligo fanno fede le relative disposizioni della LAINF e l'ordinamento sull'assicurazione infortuni (OAINF). Non sono considerati personale ausiliario, e quindi non sono assicurati, i familiari del titolare dell'azienda che vivono nella stessa azienda agricola.

5 Diritto alle prestazioni

Sono assicurati solo gli infortuni professionali inclusi eventuali infortuni verificatisi lungo il tragitto da e verso il posto di lavoro. Per la delimitazione valgono le disposizioni della LAINF al momento dell'infortunio. Non sono assicurate le persone soggette alla LAINF.

6 Esclusioni

Non sono assicurati gli infortuni derivanti da eventi bellici in territorio svizzero.

7 Prestazioni assicurative

7.1 Spese di cura

La SOLIDA si impegna a sostenere le spese di cui alle lettere dalla a) alla c) per un importo illimitato, a condizione che tali spese siano state sostenute nell'arco di cinque anni dal verificarsi dell'infortunio:

- trattamenti ambulatoriali del medico o dentista ed eventuali trattamenti terapeutici riconosciuti scientificamente, prescritti dal medico ed effettuati da personale paramedico. Non vengono rimborsati i costi addizionali derivanti da desideri particolari dell'assicurato, come p.e. trattamenti molto costosi o puramente estetici; vengono inoltre rimborsati i mezzi ausiliari atti alla guarigione, come corsetti e simili, ma non i costi per le protesi;
- medicamenti prescritti dal medico o dentista;
- trattamenti, degenza e vitto nel reparto comune dell'ospedale pubblico di zona. Qualora un assicurato venga ricoverato, per motivi medici, in un ospedale pubblico al di fuori del Cantone di residenza, vengono rimborsati i costi del reparto generale di quell'ospedale;
- cure termali e di recupero prescritte dal medico. Le spese per i trattamenti vengono rimborsate al 100%. Il contributo dei costi per vitto ed alloggio ammonta ad un massimo di CHF 50.- al giorno;
- le spese necessarie per viaggio, trasporto e salvataggio fino a un massimo di CHF 10'000.- per ogni caso;
- il trasporto di una salma fino al luogo della sepoltura fino a un massimo di CHF 5'000.-.

Il diritto alle prestazioni decade se le spese vengono rimborsate da un terzo con responsabilità civile.

7.2 Indennità giornaliera per infortunio

Qualora l'infortunio determini un'incapacità lavorativa certificata dal medico, gli assicurati che abbiano compiuto i 15 anni d'età hanno diritto a un'indennità giornaliera di CHF 50.-. L'indennità viene riconosciuta a partire dal 15° giorno successivo all'infortunio, è limitata ai 720 giorni successivi l'infortunio e viene corrisposta integralmente o parzialmente a seconda del grado d'incapacità lavorativa. Qualora l'assicurato, al momento dell'infortunio, abbia superato i 65 anni d'età, l'indennità giornaliera è dimezzata. I giovani che al momento dell'infortunio non abbiano ancora compiuto i 15 anni d'età non ricevono alcuna indennità giornaliera.

7.3 Capitale assicurato in caso d'invalidità

Viene assicurato un capitale d'invalidità pari a CHF 50'000.-, con progressione. Qualora l'infortunio abbia come prevedibile conseguenza un'invalidità permanente, vale a dire irreversibile, viene corrisposto il capitale determinato in base al grado d'invalidità e alla somma assicurativa concordata. Il capitale viene versato non appena è possibile stabilire definitivamente il grado d'invalidità in base ai seguenti principi: invalidità permanente in caso di perdita completa o inutilizzabilità completa:

| | |
|------|---|
| 100% | di entrambe le braccia o le mani, di entrambe le gambe o piedi, di un braccio o di una mano e analogamente di una gamba o piede |
| 70% | di un braccio sopra il gomito |
| 60% | di un avambraccio o di una mano |
| 22% | di un pollice |
| 15% | di un indice |
| 8% | di un altro dito |
| 60% | di una gamba sopra il ginocchio |
| 50% | di una gamba al ginocchio o sotto il ginocchio |
| 40% | di un piede |
| 100% | della vista da entrambi gli occhi |
| 30% | della vista da un occhio |
| 60% | dell'udito da entrambe le orecchie |
| 15% | dell'udito da un orecchio |

In caso di perdita o inutilizzabilità parziale il grado d'invalidità riconosciuto è proporzionalmente ridotto. In caso di perdita o inutilizzabilità di più parti del corpo contemporaneamente viene calcolato un grado d'invalidità pari alla somma delle corrispondenti percentuali che però non può mai essere superiore al 100%. Qualora la perdita o l'inutilizzabilità totale o parziale di una parte del corpo sussistesse già prima dell'infortunio, il grado d'invalidità già esistente determinato in base ai principi di cui sopra verrà detratto in sede di calcolo del grado d'invalidità effettivo. Qualora non sia possibile, in base ai principi di cui sopra, stabilire il grado d'invalidità, questo verrà determinato in base ai restanti danni fisici o psichici, considerando il grado di incapacità lavorativa e la situazione personale dell'assicurato. Per disturbi psichici e nervosi viene accordato un indennizzo d'invalidità solo nella misura in cui essi sono riconducibili a una malattia organica del sistema nervoso causata dall'infortunio. Poiché l'assicurazione d'invalidità concordata è progressiva, l'indennizzo viene calcolato come segue:

Per un grado d'invalidità non superiore al 25% l'equivalente della somma assicurata per l'invalidità; per un grado d'invalidità superiore al 25% ma inferiore al 50% il triplo della somma assicurata per l'invalidità; per un grado d'invalidità superiore al 50% il quintuplo della somma assicurata per l'invalidità.

Per i gradi d'invalidità superiori al 25% le aliquote d'invalidità vengono aumentate come segue:

| da % | a % | da % | a % | da % | a % | da % | a % |
|---------|--------|---------|--------|---------|--------|---------|--------|
| 26 | 28 | 45 | 85 | 64 | 170 | 83 | 265 |
| 27 | 31 | 46 | 88 | 65 | 175 | 84 | 270 |
| 28 | 34 | 47 | 91 | 66 | 180 | 85 | 275 |
| 29 | 37 | 48 | 94 | 67 | 185 | 86 | 280 |
| 30 | 40 | 49 | 97 | 68 | 190 | 87 | 285 |
| 31 | 43 | 50 | 100 | 69 | 195 | 88 | 290 |
| 32 | 46 | 51 | 105 | 70 | 200 | 89 | 295 |
| 33 | 49 | 52 | 110 | 71 | 205 | 90 | 300 |
| 34 | 52 | 53 | 115 | 72 | 210 | 91 | 305 |
| 35 | 55 | 54 | 120 | 73 | 215 | 92 | 310 |
| 36 | 58 | 55 | 125 | 74 | 220 | 93 | 315 |
| 37 | 61 | 56 | 130 | 75 | 225 | 94 | 320 |
| 38 | 64 | 57 | 135 | 76 | 230 | 95 | 325 |
| 39 | 67 | 58 | 140 | 77 | 235 | 96 | 330 |
| 40 | 70 | 59 | 145 | 78 | 240 | 97 | 335 |
| 41 | 73 | 60 | 150 | 79 | 245 | 98 | 340 |
| 42 | 76 | 61 | 155 | 80 | 250 | 99 | 345 |
| 43 | 79 | 62 | 160 | 81 | 255 | 100 | 350 |
| 44 | 82 | 63 | 165 | 82 | 260 | | |

Se al momento dell'infortunio l'assicurato avesse già superato il 65° anno di età viene meno l'assicurazione di invalidità progressiva e sarà rimborsato l'equivalente della somma assicurata per l'invalidità.

7.4 Caso di morte

Per assicurati fino ai 15 anni d'età compiuti il capitale in caso di morte è di CHF 25.000.-; per i più giovani e per le persone in età da pensione ai sensi della AVS viene dimezzato. Qualora il decesso dell'assicurato avvenga in seguito a un infortunio assicurato, la SOLIDA versa il capitale ai beneficiari nell'ordine seguente:

- a) il coniuge
- b) i figli legittimi, adottivi e figliastri in parti uguali
- c) i genitori

In assenza dei sopracitati superstiti, la SOLIDA versa un importo di CHF 200.- per le spese di sepoltura. Un eventuale capitale

d'invalidità già pagato viene computato dal capitale per il caso di morte.

8 Finanziamento/Aumento dei contributi

Con l'assicurazione complementare per prestazioni estese AGRI-speciale della cassa malati Agrisano il premio di adulti per l'assicurazione del personale ausiliario viene aumentato di CHF 1.- al mese. I giovani non sono soggetti a contribuzione.

9 Comportamento in caso d'infortunio

a) Annuncio d'infortunio

In caso d'infortunio è necessario far pervenire un'annuncio d'infortunio con tutte le informazioni necessarie all'agenzia regionale della cassa malati Agrisano oppure alla APAS. In caso di morte la comunicazione deve avvenire entro due giorni dall'infortunio (se necessario telefonicamente).

b) Cura dell'infortunio

Dopo l'infortunio è necessario chiamare il prima possibile un medico autorizzato e provvedere alle cure del caso. Successivamente l'assicurato o l'avente diritto alle prestazioni è tenuto a fare tutto quanto possa risultare utile al chiarimento dell'infortunio e delle sue conseguenze; in particolare l'assicurato deve sollevare dal segreto professionale nei confronti della SOLIDA i medici che lo hanno curato e sottoporsi alla visita dei medici incaricati dalla SOLIDA. In caso di morte gli eredi legittimi sono tenuti ad autorizzare l'autopsia qualora sussista la possibilità che la morte sia dovuta a cause diverse dall'infortunio.

10 Foro competente

La SOLIDA riconosce quale foro competente per le controversie causate dalla presente assicurazione il tribunale della località svizzera in cui risiedono l'assicurato o gli aventi diritto.

11 Diritto applicabile

Per quanto non specificato sopra valgono le disposizioni della legge federale sul contratto di assicurazione.

ASSICURAZIONE INFORTUNI IN CASO DI MORTE E INVALIDITÀ (ADI)

Impresa d'assicurazione: Assicurazioni Solida SA, Saumackerstr. 35, 8048 Zurigo

Editione 2008

CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE (CGA)

I. ESTENSIONE DELLA PROTEZIONE ASSICURATIVA

1 Oggetto dell'assicurazione e assicuratore

SOLIDA Assicurazioni SA, Zurigo è assicuratore e garante del rischio. Essa assicura le conseguenze economiche degli infortuni che la persona assicurata subisce nel corso della durata contrattuale. L'assicuratore malattie indicato nella polizza d'assicurazione (certificato d'assicurazione) ha concluso un contratto d'assicurazione collettivo con SOLIDA Assicurazioni SA allo scopo di concedere la copertura assicurativa per i casi di decesso e invalidità conseguenti ad infortunio. La copertura assicurativa entra in vigore con l'accettazione della richiesta d'assicurazione da parte dell'assicuratore malattie, a decorrere dalla data concordata. L'assicuratore malattie stesso non assume alcuna responsabilità per qualsiasi pretesa gli dovesse derivare dalla presente assicurazione infortuni.

2 Basi contrattuali

Le basi contrattuali sono formate da qualsiasi dichiarazione scritta, rilasciata dal contraente assicurativo, dalla persona assicurata e dai loro rappresentanti nella richiesta e in ulteriori documenti scritti.

Diritti ed obblighi delle parti contrattuali sono ritenuti nella polizza (certificato d'assicurazione), in eventuali aggiunte e nelle condizioni generali d'assicurazione (CGA).

Per quanto non espressamente regolamentato nei documenti precedentemente elencati, le parti si attengono alle disposizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA), della Legge federale sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA), nonché dell'Ordinanza sulla sorveglianza degli assicuratori (OS).

3 Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo; fuori dai confini della Svizzera e del Principato del Liechtenstein tuttavia soltanto durante viaggi e soggiorni fino a dodici mesi. L'assicurazione si estingue con la scadenza del mese assicurativo in cui la persona assicurata trasferisce il proprio domicilio all'estero senza prolungare le altre assicurazioni complementari presso il rispettivo assicuratore malattie.

4 Persone assicurate

Sono assicurate le persone elencate nella polizza (certificato d'assicurazione).

II. DISPOSIZIONI TERMINOLOGICHE

5 Contraente assicurativo e persona assicurata

Con le definizioni di contraente assicurativo e di persona assicurata s'intendono sempre tanto le persone di sesso femminile che quelle di sesso maschile.

6 Infortunio

È considerato infortunio l'improvviso e non intenzionale influsso dannoso di uno straordinario fattore esterno sul corpo umano che ha per conseguenza una limitazione dell'integrità fisica o psichica, o che provoca il decesso.

Pur mancando di uno straordinario influsso esterno, le qui seguenti lesioni corporali, elencate in maniera esaustiva, sono parificate ad infortunio, per quanto non possano inequivocabilmente essere

attribuite ad una malattia o a fenomeni degenerativi: fratture ossee, lussazioni di articolazioni, lacerazioni del menisco, lacerazioni muscolari, stiramenti muscolari, lacerazioni dei tendini, lesioni dei legamenti e lesioni del timpano.

Sono altresì considerati infortuni:

- i danni alla salute causati dall'inalazione accidentale di sostanze gassose o di vapori, oppure dall'ingestione involontaria di sostanze tossiche o caustiche;
- l'annegamento;
- le seguenti lesioni alla propria salute, quantunque l'assicurato le subisca inconsciamente e le stesse siano cagionate da un evento infortunistico assicurato: assideramenti, colpi di calore, insolazioni, nonché danni alla salute provocati da radiazioni ultraviolette, ad eccezione delle scottature solari.

III. PRESTAZIONI ASSICURATIVE

7 Caso di decesso

Se la persona assicurata decede entro cinque anni a causa delle conseguenze di un infortunio, SOLIDA Assicurazioni SA paga la somma d'assicurazione prevista per il caso di decesso, decurtata di eventuali indennità d'invalidità già corrisposte per lo stesso infortunio. Per le seguenti cerchie di persone la somma di decesso massima risulta limitata:

| | |
|-------------------------------------|--------------|
| Bambini di età inferiore ai 30 mesi | CHF 2'500.- |
| Giovani di età inferiore ai 19 anni | CHF 20'000.- |
| Adulti di età superiore ai 65 anni | CHF 20'000.- |

7.1 Beneficiari in caso di decesso

In differimento alla regolamentazione qui di seguito riportata, viene concessa all'assicurato la facoltà di designare, risp. di escludere singoli beneficiari mediante dichiarazione scritta all'indirizzo dell'assicuratore malattie, una simile dichiarazione può in ogni momento essere revocata o modificata mediante comunicazione scritta all'assicuratore malattie. In mancanza di particolari istruzioni, risultano beneficiari in ordine successorio ed esclusivo:

- il/la coniuge,
- i figli, i figliastri o i figli adottivi,
- i genitori,
- i nonni,
- i fratelli e i figli dei fratelli a norma del diritto successorio legale.

In assenza di aventi diritto, vengono bonificati unicamente i costi di sepoltura fino ad un importo massimo pari al 10% della somma d'assicurazione per il caso di decesso, al massimo tuttavia CHF 10'000.-.

7.2 Doppia somma di decesso

Allorquando la persona assicurata è coniugata e lo stesso infortunio porta al decesso di entrambi i coniugi, viene versato ai figli, ai figliastri o ai figli adottivi superstiti, minorenni o permanentemente incapaci al guadagno e necessitanti di sostentamento, in parti uguali, ancora una volta il medesimo capitale di decesso assicurato.

8 Caso d'invalidità

Se quale conseguenza dell'infortunio, subentra entro cinque anni dall'evento infortunistico, un'invalidità medico-teorica presumibilmente permanente, viene versato un capitale d'invalidità proporzionale al grado d'invalidità, alla somma d'assicurazione convenuta e alla variante di prestazione scelta. Un'eventuale incapacità al guadagno o inabilità lavorativa subentrante a seguito dell'evento non viene in questo contesto tenuta in considerazione. Il diritto a percepire il capitale d'invalidità spetta unicamente alla persona assicurata.

8.1 Determinazione del grado d'invalidità

Ai fini della determinazione del grado d'invalidità, risultano vincolanti i seguenti criteri di valutazione:

- a) si considerata invalidità completa la perdita o la totale incapacità d'uso di entrambe le braccia o mani, di entrambe le gambe o entrambi i piedi, o la contemporanea perdita di una mano e di un piede, la paralisi completa e la cecità totale.

In caso di invalidità parziale viene versata quella parte della somma d'assicurazione prevista per l'invalidità completa, corrispondente al grado d'invalidità. La graduazione avviene sulla base dei seguenti tassi percentuali:

| | |
|--|-----|
| braccio, parte superiore | 70% |
| braccio, avambraccio | 65% |
| mano | 60% |
| pollice con metacarpo | 25% |
| pollice senza metacarpo | 22% |
| pollice, parte anteriore | 10% |
| dito indice | 15% |
| dito medio | 10% |
| dito anulare | 9% |
| dito mignolo | 7% |
| gamba, parte superiore | 60% |
| gamba, parte inferiore, articolazione ginocchio | 50% |
| piede | 45% |
| alluce | 8% |
| altre dita del piede, ciascuna | 3% |
| capacità visiva di un occhio | 30% |
| capacità visiva di un occhio, quando quella dell'altro era completamente persa già prima dell'infortunio | 50% |
| udito in entrambe le orecchie | 60% |
| udito in un orecchio | 15% |
| udito in un orecchio, quando quello nell'altro era già completamente perso prima dell'infortunio | 30% |
| olfatto | 10% |
| palato | 10% |
| rene | 20% |
| milza | 5% |

- b) Per seri e permanenti deturpazioni del corpo umano a seguito di un infortunio (danni estetici quali p. es. cicatrici), per le quali non è dovuto nessun capitale d'invalidità, ma che pregiudicano tuttavia la posizione sociale della persona assicurata, SOLIDA Versicherungen AG corrisponde:

- il 10% della somma d'assicurazione convenuta nella polizza (certificato d'assicurazione) per l'invalidità (senza progressione) in caso di deturpamento del viso e/o

- il 5% in caso della somma d'assicurazione convenuta nella polizza (certificato d'assicurazione) in caso d'invalidità per deturpamenti di altre parti del corpo normalmente visibili.

La prestazione per danni estetici è limitata ad un massimo di CHF 20'000.-.

- c) In caso di perdita soltanto parziale perdita o di solo parziale incapacità d'uso, vale un grado d'invalidità corrispondentemente ridotto.
- d) La totale incapacità d'uso di membra o di organi viene parificata alla loro perdita.
- e) Per i casi precedentemente non menzionati, la determinazione del grado d'invalidità avviene su base medica e sulla scorta delle tabelle "Indennità per menomazione dell'integrità secondo LAINF (Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni)" pubblicate dalla Suva.
- f) In caso di contemporanea perdita o incapacità d'uso di più parti del corpo, il grado d'invalidità, ammontante al massimo al 100%, viene di regola determinato mediante addizione delle singole percentuali.
- g) L'aggravio delle conseguenze infortunistiche a seguito di disfunzioni corporee preesistenti non giustifica un indennizzo maggiore di quanto sarebbe dovuto, se l'infortunio fosse capitato ad una persona fisicamente integra.

Se singole parti del corpo risultavano completamente o parzialmente perse o inutilizzabili già prima dell'infortunio, nella determinazione del grado d'invalidità se ne terrà debitamente conto deducendo il grado d'invalidità preesistente, stabilito secondo i criteri di valutazione precedentemente descritti.

- h) La determinazione del grado d'invalidità avviene soltanto sulla base della condizione riconosciuta all'assicurato come presumibilmente duratura, al più tardi tuttavia cinque anni dopo l'infortunio.

8.2 Determinazione del capitale d'invalidità

Il capitale d'invalidità viene determinato come segue:

- a) per la parte del grado d'invalidità non eccedente il 25%: sulla base della somma d'assicurazione semplice;
- b) per la parte del grado d'invalidità oltre il 25% ma non eccedente il 50%: sulla base della somma d'assicurazione tripla;
- c) per la parte del grado d'invalidità eccedente il 50%: sulla base della somma d'assicurazione quintupla.

La prestazione in percentuale della somma d'assicurazione, convenuta per l'invalidità, viene corrisposta come segue:

| Grado d'inv. | Prestazione | Grado d'inv. | Prestazione |
|--------------|-------------|--------------|-------------|
| 26% | 28% | 64% | 170% |
| 27% | 31% | 65% | 175% |
| 28% | 34% | 66% | 180% |
| 29% | 37% | 67% | 185% |
| 30% | 40% | 68% | 190% |
| 31% | 43% | 69% | 195% |
| 32% | 46% | 70% | 200% |
| 33% | 49% | 71% | 205% |
| 34% | 52% | 72% | 210% |
| 35% | 55% | 73% | 215% |
| 36% | 58% | 74% | 220% |
| 37% | 61% | 75% | 225% |
| 38% | 64% | 76% | 230% |
| 39% | 67% | 77% | 235% |
| 40% | 70% | 78% | 240% |
| 41% | 73% | 79% | 245% |
| 42% | 76% | 80% | 250% |
| 43% | 79% | 81% | 255% |
| 44% | 82% | 82% | 260% |
| 45% | 85% | 83% | 265% |
| 46% | 88% | 84% | 270% |
| 47% | 91% | 85% | 275% |
| 48% | 94% | 86% | 280% |
| 49% | 97% | 87% | 285% |
| 50% | 100% | 88% | 290% |
| 51% | 105% | 89% | 295% |
| 52% | 110% | 90% | 300% |
| 53% | 115% | 91% | 305% |
| 54% | 120% | 92% | 310% |
| 55% | 125% | 93% | 315% |
| 56% | 130% | 94% | 320% |
| 57% | 135% | 95% | 325% |
| 58% | 140% | 96% | 330% |
| 59% | 145% | 97% | 335% |
| 60% | 150% | 98% | 340% |
| 61% | 155% | 99% | 345% |
| 62% | 160% | 100% | 350% |
| 63% | 165% | | |

8.3 Pagamento in forma di rendita

Se al momento dell'infortunio la persona assicurata ha già compiuto i 65 anni, la prestazione assicurativa per l'invalidità permanente ai sensi delle precedenti disposizioni è corrisposta sotto forma di rendita vitalizia. Viene comunque versata al massimo la somma d'assicurazione semplice, vale a dire senza progressione. La rendita è stabilita in maniera definitiva ed è pagabile trimestralmente in anticipo. Per ogni CHF 1'000.- di capitale d'invalidità, essa ammonterà annualmente a:

| Età | Rendita annuale |
|-------|-----------------|
| 66 | CHF 86.- |
| 67 | CHF 89.- |
| 68 | CHF 93.- |
| 69 | CHF 96.- |
| 70 | CHF 100.- |
| olter | CHF 125.- |

La rendita spetta esclusivamente la persona assicurata.

9 Limitazioni delle prestazioni

9.1 Prestazioni per incidenti di volo

Per infortuni che la persona assicurata subisce in occasione di voli, le prestazioni assicurate presso SOLIDA Assicurazioni SA per i casi di decesso e invalidità sono, per tutte le assicurazioni infortuni presso di lei concluse a favore della persona assicurata, limitate, nella misura in cui il rischio volo risulti coperto senza riscossione di premi speciali, a CHF 500'000.- per il caso di decesso e a CHF 1'000'000.- per l'invalidità con un grado del 100% e corrispondente graduazione in presenza di gradi d'invalidità inferiori.

9.2 Somme assicurative massime

La somma d'assicurazione massima per il decesso di bambini fino al 30esimo mese di vita è limitata a CHF 2'500.-, quella a favore dei giovani fino al 18esimo anno di età invece a CHF 20'000.-.

Per gli assicurati che hanno compiuto i 65 anni d'età, valgono le seguenti somme d'assicurazione massime:

| | |
|---------------------------------|---------------|
| decesso | CHF 20'000.- |
| invalidità (senza progressione) | CHF 100'000.- |

Al raggiungimento del precitato limite d'età, le somme d'assicurazione esistenti di entità maggiore, sono ridotte in maniera corrispondente.

9.3 Età di conclusione massima

Nuove conclusioni e aumenti delle somme d'assicurazione possono essere effettuate fino al compimento del 65esimo anno di età.

IV. LIMITAZIONI DI COPERTURA

10 Esclusioni

Dall'assicurazione sono esclusi gli infortuni

- verificatisi a seguito di guerre, guerre civili e/o situazioni di conflitto
 - in Svizzera, nel Principato del Liechtenstein e/o negli stati confinanti,
 - all'estero, quantunque l'infortunio si verifichi entro 14 giorni dal primo insorgere degli eventi nella nazione in cui la persona assicurata sta soggiornando ed essa risulti essere stata sorpresa sul posto dall'insorgere di tali eventi bellici;
- sopravvenuti a causa di terremoti in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein;
- interventuti a seguito dell'esposizione a pericoli straordinari. Sono considerati tali:
 - il servizio militare all'estero,
 - la partecipazione ad azioni belliche, ad atti terroristici e alla commissione di crimini, o delitti,
 - le conseguenze di sommosse di ogni genere, quantunque la persona assicurata dimostri di non essersi schierata attivamente dalla parte sovversiva o di aver partecipato alle azioni di disordine;
- avvenuti in occasione della perpetrazione intenzionale di crimini o delitti da parte della persona assicurata oppure anche soltanto durante il tentativo di commettere tali reati;
- subiti a causa dell'influsso di radiazioni ionizzanti e da danni causati da radiazioni nucleari;
- in occasione dei quali viene riscontrato alla persona assicurata un tasso di alcolemia nel sangue di 2 o più per mille, quantunque non sussista palesemente relazione causale alcuna tra lo stato d'ebbrezza e l'infortunio;
- riconducibili ad atti temerari (si considerano temerarie quelle azioni in cui la persona assicurata si espone a situazioni particolarmente pericolose senza adottare o senza aver potuto adottare misure precauzionali atte a contenere i rischi entro limiti ragionevoli);
- occorsi durante l'utilizzo di mezzi di trasporto aerei in qualità di pilota, di altro membro di forze d'occupazione militare e di paracadutista granatiere;
- capitati come milite durante dei lanci con il paracadute;
- in occasione di viaggi aerei civili, allorchando la persona assicurata contravviene in maniera colposa a prescrizioni di autorità

oppure quando risulta sprovvista di documenti e autorizzazioni ufficiali.

Sono parimenti esclusi dall'assicurazione:

- il suicidio oppure altre lesioni cagionate alla propria integrità fisica che la persona assicurata ha provocato consapevolmente in maniera intenzionale oppure in stato di totale o anche solo parziale incapacità di giudizio;
- i danni alla propria salute causati da una intenzionale assunzione o iniezione di farmaci, sostanze stupefacenti e altri prodotti chimici;
- i danneggiamenti della propria salute riconducibili ad interventi medici o chirurgici non resi necessari a causa di un infortunio assicurato;

11 Riduzioni

11.1 Negligenza grave

L'assicuratore rinuncia al diritto di riduzione delle prestazioni assicurative in caso di cagionamento dell'infortunio assicurato per grave negligenza.

11.2 Fattori estranei all'infortunio

Allorchando il decorso di un infortunio assicurato è influenzato da fattori estranei, l'assicuratore corrisponde unicamente una parte delle prestazioni contrattuali che vanno stabilite sulla base di una perizia medica.

11.3 Violazione degli obblighi in caso di sinistro

In caso di violazione colpevole degli obblighi contrattuali da parte del contraente assicurativo o da parte dell'avente diritto, l'assicuratore è legittimato a ridurre il proprio indennizzo dell'importo, del quale questo risulterebbe essere ridotto in caso di tempestivo annuncio (vedi cifra 19 e 20).

12 Decesso cagionato da un avente diritto

Allorchando una persona avente diritto a beneficiare del capitale di decesso provoca intenzionalmente il decesso della persona assicurata commettendo un crimine o un delitto, essa viene esclusa dal diritto alla somma d'assicurazione prevista per il caso di decesso. La sua quota viene in questi casi corrisposta agli altri aventi diritto ai sensi della cifra 7.1.

V. INIZIO E FINE DEL CONTRATTO

13 Inizio del contratto

La copertura assicurativa decorre dalla data concordata, ritenuta nella polizza (certificato d'assicurazione) o nella conferma scritta dell'accettazione della proposta dell'assicuratore malatte. Il proponente è vincolato alla proposta per un periodo di 14 giorni. Il termine decorre con la consegna o la spedizione della proposta all'assicuratore.

14 Durata contrattuale

Per la persona assicurata vale la durata convenuta, indicata nella polizza (certificato d'assicurazione). La durata contrattuale minima è di un anno. Quantunque non disdetto dal contraente assicurativo entro i termini previsti dal contratto (vedesi cifra 15.1), dopo la scadenza della durata concordata, il contratto si rinnova tacitamente di volta in volta di un ulteriore anno.

15 Risoluzione del contratto

15.1 Termine di disdetta

Rispettando un preavviso di tre mesi, la persona assicurata può disdire l'assicurazione per la fine di un anno civile.

15.2 Disdetta in occasione di un infortunio

Dopo ogni infortunio per il quale sono da corrispondere prestazioni, la persona assicurata ha la facoltà di recedere per iscritto dal contratto entro 14 giorni dal momento in cui ha avuto conoscenza del pagamento. Il contratto si estingue con la ricezione della disdetta da parte dell'assicuratore malatte. In caso di risoluzione anticipata del contratto, la parte di premio per il periodo non usufruito, viene rimborsata alla persona assicurata.

15.3 Disdetta in occasione di un adeguamento premi

In caso di adeguamento dei premi a nuove tariffe, il contraente assicurativo è legittimato a disdire il contratto nella sua totalità per la fine dell'anno assicurativo in corso. Se fa uso di questo diritto, il contratto cessa nell'estensione da lui stabilita alla scadenza dell'anno assicurativo. Per essere valida, la disdetta deve essere pervenuta all'assicuratore malatte al più tardi l'ultimo giorno dell'anno assicurativo in corso.

VI. PREMI

16 Pagamento e scadenze premi

I premi sono da corrispondere anticipatamente entro le scadenze menzionate nella polizza.

17 Solleciti e loro conseguenze

Allorquando il premio non è corrisposto entro 30 giorni dalla data di scadenza, con indicazione sulle conseguenze in caso di mora, l'assicuratore malattie sollecita per iscritto il contraente assicurativo a provvedere al pagamento entro un termine di 14 giorni dalla spedizione del sollecito. Se il richiamo al pagamento viene disatteso, l'obbligo di prestazione risulta sospeso dopo la scadenza del termine di sollecitazione. L'obbligo di prestazione per successivi infortuni rivive allorquando tutti gli importi arretrati vengono successivamente pagati ed accettati dall'assicuratore malattie.

18 Modifiche premi

Il contraente assicurativo è legittimato a disdire il contratto per la fine dell'anno assicurativo in corso nei due casi seguenti (vedesi cifre 18.1 e 18.2). Per essere valida la disdetta deve essere pervenuta presso l'assicuratore malattie al più tardi l'ultimo giorno

dell'anno assicurativo in corso (vedesi anche cifra 15.1). La rinuncia alla disdetta da parte del contraente assicurativo equivale ad una conferma di accettazione dell'adeguamento delle condizioni contrattuali.

18.1 Adeguamenti tariffari

Allorquando intende modificare i premi del tariffario, l'assicuratore può attuare l'adeguamento del contratto unicamente con effetto dall'anno assicurativo seguente. A tale scopo egli è tenuto a notificare al contraente assicurativo i nuovi premi, risp. le nuove condizioni contrattuali al più tardi 25 giorni prima della scadenza dell'anno assicurativo.

18.2 Adattamenti per categoria d'età

I premi si orientano alle tariffe per le rispettive categorie d'età e al raggiungimento dell'età limite per la rispettiva categoria, vengono adattati a quelli validi per la successiva categoria d'età. L'assicuratore malattie comunica i nuovi premi al contraente assicurativo al più tardi 25 giorni prima della scadenza dell'anno assicurativo.

VII. DIRITTI E OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO

19 Notifica del sinistro

Ogni sinistro che comporta presumibilmente un diritto a prestazioni assicurative, deve immediatamente essere annunciato all'assicuratore malattie dopo il verificarsi dell'evento.

In presenza di un caso di decesso, l'assicuratore malattie deve immediatamente essere informato entro 48 ore per via elettronica, verbale o mediante notifica scritta.

20 Obblighi del contraente assicurativo risp. dell'avente diritto

Il contraente assicurativo risp. l'avente diritto adotta tutte le misure necessarie, utili a chiarire l'infortunio e le relative conseguenze. La persona assicurata è in particolar modo tenuta a svincolare dal segreto professionale nei confronti dell'assicuratore i medici che la curano o che l'hanno curata.

La violazione colposa degli obblighi menzionati ha per conseguenza la riduzione degli indennizzi a favore del contraente assicurativo o della persona assicurata secondo la cifra 11.3.

Informazioni secondo legge sul contratto d'assicurazione

22 Informazione del richiedente prima della conclusione contrattuale

Prima della conclusione del contratto assicurativo, l'assicuratore malattie provvede ad orientare il richiedente in merito al contenuto del contratto d'assicurazione, segnatamente per quanto attiene ai rischi assicurati, all'estensione della protezione assicurativa, agli ulteriori obblighi del contraente e all'identità dell'assicuratore, mediante consegna del formulario di richiesta, nonché di tutte le condizioni contrattuali e prospetti che concernono le assicurazioni richieste.

23 Protezione dati

Con il riferimento alla protezione dei dati s'intende garantire che i dati ricavati nell'ambito della procedura di richiesta e del contratto d'assicurazione vengano utilizzati esclusivamente per l'attuazione

In caso la perdita di qualsiasi diritto per omissione, la persona assicurata, il contraente assicurativo o l'avente diritto è comunque tenuta a comunicare a SOLIDA Assicurazioni SA ogni informazione richiesta in merito allo stato di salute precedente ed attuale, nonché sull'infortunio e sul decorso della guarigione, entro 30 giorni a contare dal momento in cui riceve una corrispondente sollecitazione scritta.

21 Scadenza e pagamento delle prestazioni assicurative

Le prestazioni assicurative sono esigibili dopo quattro settimane a contare dal momento in cui l'assicuratore ha ricevuto tutte le indicazioni ed i certificati medici, grazie ai quali può accertare l'esattezza e l'entità del diritto. Ad eccezione della somma per il caso di decesso secondo la cifra 7.1, avente diritto è sempre la persona assicurata.

del contratto. Specificatamente dovrà essere garantito il rispetto della Legge sulla protezione dei dati. I dati vengono salvati fisicamente ed elettronicamente in maniera tale da essere inaccessibili a terzi non autorizzati.

Il trattamento dei dati avviene esclusivamente da parte di persone che intrattengono un rapporto di lavoro con l'assicuratore, risp. con l'assicuratore malattie, oppure da parte di persone che nell'adempimento di incarichi per l'assicuratore sono tenute a verificare la corretta attuazione dell'assicurazione in merito al controllo delle prestazioni mediche e legali, nonché della riassicurazione. L'assicuratore, risp. l'assicuratore malattie accerta che le persone autorizzate all'elaborazione dei dati conoscano i propri obblighi legali in materia di protezione dei dati e che si impegnino al rispetto di tali normative. Nell'ambito dell'obbligo di collaborazione e di contenimento del danno, convenuti contrattualmente, l'assicuratore può richiedere alla persona assicurata una procura scritta per consentire un'elaborazione ampliata dei suoi dati.

VIII. DISPOSIZIONI FINALI

24 Compensazione

L'assicuratore malattie è legittimato a compensare prestazioni suppletive scadute con premi a lui dovuti dal contraente assicurativo.

25 Cessione e costituzione in pegno

Prima del loro accertamento definitivo, il diritto alle prestazioni assicurative non può essere né ceduto, né costituito in pegno senza l'espressa autorizzazione dell'assicuratore.

26 Comunicazioni

Tutte le comunicazioni sono da indirizzare all'assicuratore malattie, tranne nei casi in cui, in occasione di un caso assicurativo, la persona assicurata o i suoi familiari siano già stati contattati direttamente da SOLIDA Assicurazioni SA. SOLIDA Assicurazioni SA

ricosce tutte le comunicazioni avvenute all'indirizzo dell'assicuratore malattie come avvenute al proprio.

Tutte le comunicazioni dell'assicuratore malattie o di SOLIDA Assicurazioni SA si ritengono avvenute in maniera legalmente valida se inviate all'ultimo indirizzo indicato dal contraente assicurativo in Svizzera.

27 Foro giudiziario

Quale foro giudiziario competente, SOLIDA Assicurazioni SA riconosce quello della propria sede legale oppure del domicilio svizzero del contraente assicurativo o della persona assicurata.

28 Entrata in vigore/modifiche delle CGA

Le presenti CGA entrano in vigore dal 01.01.2008 per tutti gli infortuni che si verificano a partire da tale data.

ASSICURAZIONE DI CAPITALE PER DECESSO E INVALIDITÀ KTI-PREVEA

Condizioni generali (CGA)

Assicuratore: Helsana Assicurazioni integrative SA, Zurigo

Edizione 2007

Con l'assicurazione di capitale per decesso e invalidità PREVEA può essere assicurata una somma (capitale) per la copertura delle conseguenze economiche in caso di decesso e invalidità dovuti a malattia.

Per le prestazioni in seguito a malattia, Helsana Assicurazioni integrative SA ha stipulato un contratto di collaborazione con Patria Società svizzera di assicurazioni sulla vita, Basilea. Helsana Assicu-

razioni integrative SA corrisponde tali prestazioni nei confronti della persona assicurata in qualità di assicuratore e qui di seguito viene denominata «assicuratore».

Il glossario pubblicato nell'appendice è parte integrante delle presenti Condizioni d'assicurazione. Tutti i termini riferiti a persone usati nel testo sono intesi per ambo i sessi.

I. CONTENUTO DEL CONTRATTO

1 Quali sono le basi del contratto?

Le basi del presente contratto sono costituite dalla proposta individuale d'assicurazione, dalla polizza, dalle Condizioni d'assicurazione determinanti (CGA) e dalle disposizioni della Legge sul contratto d'assicurazione (LCA).

2 Fino a quando può essere stipulata l'assicurazione e chi è assicurato?

L'assicurazione può essere stipulata dalla nascita fino ai 55 anni d'età, vale a dire fino al giorno che precede il 55° compleanno. Sono assicurate le persone indicate nella polizza.

3 Dove vale il contratto?

Il contratto è valido in tutto il mondo.

4 Quali obblighi ho in qualità di persona assicurata?

Sul formulario di proposta occorre indicare, in modo veritiero e completo, tutti i fatti rilevanti per la valutazione del pericolo nella misura in cui sono noti o devono essere noti al momento della stipulazione del contratto. In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti, l'assicuratore può disdire il contratto con una dichiarazione scritta entro quattro settimane dal momento in cui viene a conoscenza della reticenza. Il recesso ha effetto dal momento in cui perviene al contraente.

Se il contratto viene sciolto mediante disdetta, si estingue anche l'obbligo a prestazioni dell'assicuratore per quanto concerne danni già occorsi, la cui causa o entità è stata influenzata da un fatto rilevante taciuto o dichiarato inesattamente. Se l'obbligo a prestazioni è già stato adempiuto, l'assicuratore ha diritto a un rimborso.

II. COPERTURA ASSICURATIVA

5 Quando inizia la copertura assicurativa?

L'assicurazione può essere richiesta con inizio a partire dal primo giorno di un mese qualsiasi. La copertura assicurativa inizia alla data comunicata per iscritto dall'assicuratore al proponente.

6 Quando cessa il rapporto contrattuale?

L'assicurazione si estingue automaticamente:

- in caso di decesso della persona assicurata;
- in caso di disdetta alla fine del relativo mese;
- in caso di pagamento dell'intero capitale d'invalidità assicurato;
- il 31 dicembre successivo al compimento dei 59 anni d'età;
- secondo le disposizioni riportate al paragrafo 9.

L'assicurazione si estingue inoltre con lo scioglimento del contratto collettivo d'assicurazione fra Patria Società svizzera di assicurazioni sulla vita e Helsana Assicurazioni integrative SA. Lo scioglimento

deve essere comunicato alla persona assicurata per iscritto, al più tardi un mese prima dell'estinzione della copertura assicurativa.

7 Quando posso dare la disdetta?

Il contraente può disdire il contratto per iscritto in ogni momento per la fine di un mese. Il termine di preavviso della disdetta è di tre mesi.

In caso di adeguamento secondo il paragrafo 20 delle presenti Condizioni d'assicurazione, il contratto può essere disdetto entro 30 giorni dal momento della modifica contrattuale. Se entro 30 giorni dalla ricezione della comunicazione di modifica l'assicuratore non riceve nessuna disdetta, ciò vale quale conferma dell'accettazione.

L'assicuratore rinuncia al diritto che gli spetta per legge di disdire il contratto in caso di sinistro. Resta salvo il recesso in caso di comportamento contravvenente agli accordi contrattuali.

III. ASPETTI FINANZIARI

8 Come sono calcolati i premi?

I premi sono calcolati in base all'età e al sesso della persona assicurata e secondo l'ammontare della somma assicurata. Le persone assicurate sono suddivise in gruppi d'età. Ogni gruppo d'età comprende cinque anni.

9 Come vengono pagati i premi?

Di regola, i premi sono riscossi a scadenza mensile, devono essere pagati in anticipo e scadono il primo giorno di ogni mese. Qualora fossero stati convenuti altri periodi di pagamento, i premi scadono il primo giorno del relativo periodo.

Se la persona assicurata non ottempera ai suoi obblighi di pagamento, sarà esortata per iscritto a pagare l'importo entro 14 giorni dall'invio del sollecito, indipendentemente da eventuali accordi di pagamento rateale. Se il sollecito resta senza effetto, l'obbligo di prestazione viene sospeso a partire dal termine indicato nel solleci-

to. L'assicuratore si riserva inoltre il diritto di recedere dal contratto.

Per le malattie e le loro conseguenze, insorte durante la sospensione dell'obbligo di erogare prestazioni, non esiste un diritto a prestazioni neppure se il premio è pagato successivamente.

La persona assicurata è tenuta a risarcire all'assicuratore, con un importo di almeno CHF 50.-, l'onere amministrativo supplementare causato dalla procedura di sollecito. Se l'assicuratore deve inoltrare una domanda d'esecuzione, la persona assicurata deve risarcire, con un importo di almeno CHF 150.-, l'onere amministrativo supplementare che ne deriva per l'assicuratore.

10 I premi possono essere compensati con prestazioni?

L'assicuratore può compensare prestazioni scadute con crediti nei confronti delle persone assicurate. La persona assicurata non ha nessun diritto di compensazione nei confronti dell'assicuratore.

IV. PRESTAZIONI

A Capitale d'invalidità per adulti

11 Quali disposizioni particolari valgono in caso d'invalidità?

Il diritto al capitale d'invalidità assicurato esiste in caso d'invalidità. L'assicuratore corrisponde il capitale d'invalidità nel momento in cui la durata effettiva dell'invalidità ha oltrepassato il periodo d'attesa di 12 mesi e vi è una decisione di rendita giuridicamente valida dell'assicurazione federale per l'invalidità (AI). Se le prestazioni dell'AI sono corrisposte prima, oppure se l'incapacità di guadagno permanente è accertata prima della scadenza del periodo d'attesa, il capitale d'invalidità assicurato può essere corrisposto prima, totalmente o parzialmente.

12 Come si determina l'ammontare delle prestazioni?

Per la determinazione della prestazione in capitale è determinante il grado d'invalidità definito dalle autorità decisionali dell'AI.

Le prestazioni del capitale d'invalidità vengono adeguate al grado d'invalidità. In caso di un grado d'invalidità del 70% e oltre, vi è diritto alle prestazioni assicurate complete; se il grado d'invalidità è inferiore al 40% non vi è diritto alle prestazioni assicurate.

Per le persone che esercitano un'attività lucrativa, il grado d'invalidità è determinato dalla perdita di guadagno subita dalla persona assicurata. In tale contesto si raffronta il reddito conseguito tramite l'attività lucrativa prima dell'insorgere dell'invalidità con quello che la persona assicurata ha conseguito, oppure potrebbe ragionevolmente conseguire, dopo l'insorgere dell'invalidità.

Per le persone che non esercitano un'attività lucrativa, è decisiva la misura delle limitazioni nell'ambito delle attività e delle funzioni della persona assicurata rispetto al periodo precedente l'insorgere dell'invalidità.

13 Cosa accade in caso di modifica del grado dell'incapacità di guadagno?

Le modifiche del grado dell'incapacità di guadagno devono essere comunicate immediatamente all'assicuratore. La prestazione viene adeguata al nuovo grado dell'incapacità di guadagno.

B Capitale d'invalidità per bambini e giovani

14 Qual è la base di calcolo per bambini e giovani?

L'incapacità di guadagno di bambini e giovani si determina sulla

base del grado in cui la persona assicurata non potrà esercitare un'attività lucrativa.

Per i giovani che si trovano in fase di formazione professionale, quale base per il calcolo vale il reddito che la persona assicurata avrebbe potuto conseguire se avesse concluso la formazione professionale iniziata. Il grado dell'incapacità di guadagno corrisponde al rapporto tra la capacità di guadagno ridotta prevedibile rispetto al reddito medio secondo l'UFSEL per la professione appresa nell'anno del calcolo.

Per bambini e giovani che non hanno ancora cominciato una formazione professionale, l'invalidità si determina in base a se, e in quale misura, la persona assicurata potrà esercitare un'attività professionale. Il grado dell'incapacità di guadagno corrisponde al rapporto tra la capacità di guadagno ridotta prevedibile rispetto al reddito medio secondo l'UFSEL nell'anno del calcolo.

15 Come si determina il grado presumibile dell'incapacità di guadagno?

Il grado presumibile dell'incapacità di guadagno permanente è determinato dal Servizio medico fiduciario dell'assicuratore e la relativa somma assicurata viene corrisposta.

C Capitale in caso di decesso

16 Quando vi è diritto al capitale in caso di decesso?

Il diritto al capitale in caso di decesso a favore degli aventi diritto scaturisce con il decesso della persona assicurata. L'assicuratore deve essere immediatamente informato del decesso. Devono essere presentati il certificato di morte ufficiale e un certificato medico dal quale risultino le circostanze e la causa del decesso.

17 Chi sono gli aventi diritto?

Il capitale in caso di decesso va alla persona indicata come beneficiaria nella proposta. La modifica è possibile in ogni momento. La relativa comunicazione deve essere fatta per iscritto all'assicuratore.

Se non è stato definito nessun beneficiario, le prestazioni vanno:

- al/alla coniuge;
- in sua assenza ai figli;
- in loro assenza agli altri eredi legali della persona assicurata.

V. PARTICOLARITÀ

18 Cosa si deve fare in caso di sinistro?

Le prestazioni assicurate vengono corrisposte non appena l'assicuratore è in possesso dei documenti necessari alla verifica del diritto (ad esempio decisione di rendita AI, rapporto medico) e qualora siano soddisfatte le premesse ai sensi del paragrafo 11.

L'assicuratore si riserva il diritto di far visitare la persona assicurata da medici da esso designati.

19 Che cosa non è assicurato?

Non vi è diritto a prestazioni in caso di:

- invalidità provocata intenzionalmente; ciò vale anche quando la persona assicurata intraprende l'azione che conduce alla propria invalidità in circostanze di incapacità di discernimento provocata intenzionalmente;
- infortunio e/o lesioni corporali parificabili ai postumi d'infortunio;
- danni prenatali, infermità congenite e le loro conseguenze;
- suicidio in seguito a malattia, nonché le conseguenze del tentato suicidio, segnatamente nei primi tre anni dopo la stipulazione dell'assicurazione. Ciò vale anche quando la persona assicurata intraprende l'azione che conduce al proprio decesso in circostanze di incapacità di discernimento provocata intenzionalmente;
- esposizione a radiazioni ionizzanti e danni dovuti all'energia atomica.

L'assicuratore rinuncia al diritto, che gli spetta per legge, di ridurre le prestazioni quando l'evento assicurato si verifica in seguito a negligenza grave. Se l'evento assicurato si verifica in seguito ad un

atto temerario, le prestazioni assicurate vengono ridotte e, in casi particolarmente gravi, rifiutate.

Se un bambino assicurato decede prima di aver compiuto i 2 ½ anni d'età, anziché le prestazioni assicurate vengono rimborsati con un interesse del cinque per cento i premi pagati.

Se un bambino assicurato decede prima del compimento dei 12 anni d'età, la somma assicurata è limitata a CHF 10 000.–.

A partire dai 56 anni d'età, per le conseguenze economiche dell'invalidità si possono assicurare al massimo CHF 100 000.–. Le assicurazioni esistenti vengono ridotte in tal senso.

20 Cosa succede in caso di adeguamento dei premi?

L'assicuratore può richiedere l'adeguamento del contratto alla nuova tariffa dei premi. L'assicuratore comunica tali modifiche per iscritto alle persone assicurate.

21 Quali sono le disposizioni in caso di servizio militare e di guerra?

Il servizio militare attivo per la difesa della neutralità svizzera e per il mantenimento della pace e dell'ordine nell'interno del paese, in entrambi i casi senza operazioni belliche, è considerato come servizio militare in tempo di pace e come tale è incluso nell'assicurazione, nell'ambito delle presenti CGA.

Nel caso in cui la Svizzera entri in guerra o sia coinvolta in azioni di guerra, valgono le relative prescrizioni emanate dal Governo federale.

Gli impegni a favore di provvedimenti volti a mantenere la pace nell'ambito dell'ONU non sono assicurati (ad esempio: caschi blu dell'ONU e berretti gialli dell'OSCE).

22 Qual è il luogo d'adempimento per le prestazioni assicurate?

Quale luogo d'adempimento vale il luogo di domicilio in Svizzera (o nel Liechtenstein) della persona avente diritto o del suo rappresentante legale. Se manca il domicilio richiesto, la sede dell'assicuratore è considerata il luogo d'adempimento.

23 Come si informa la persona assicurata?

Le informazioni generali sono pubblicate sulla rivista per i clienti, l'organo di pubblicazione di Helsana, e sul sito Internet di Helsana. Tutte le comunicazioni vengono indirizzate all'ultimo recapito svizzero notificato.

24 Cosa succede con i miei dati?

Patria Società svizzera d'assicurazioni sulla vita, Helsana Assicurazioni integrative SA e le altre società del gruppo Helsana utilizzano le informazioni relative alle persone assicurate per l'esecuzione del contratto, nonché per la consulenza e l'assistenza personale ai pazienti ma anche per migliorare continuamente la qualità dei prodotti e dei servizi offerti ai loro clienti potenziali, esistenti e precedenti. Per soddisfare al meglio le esigenze molteplici e individuali degli assicurati e per offrire prodotti e servizi di Helsana Assicurazioni integrative SA, delle società del gruppo Helsana o dei partner (in particolare Patria Società svizzera di assicurazioni sulla vita e altri partner citati sul sito Web di Helsana) convenienti o interessanti per gli assicurati potenziali, esistenti o precedenti, i dati vengono valutati mediante metodi matematici statistici per formare gruppi di clienti in base alle esigenze. Patria Società svizzera di assicurazioni sulla vita, Helsana Assicurazioni integrative SA e le altre società del gruppo Helsana sono dunque anche esplicitamente autorizzate a prendere visione del dossier dell'assicurazione di base e/o di quelle integrative e a trattarlo (solo) nell'ambito delle assicurazioni integrative per gli scopi summenzionati.

25 Chi fa parte del gruppo Helsana?

Sono membri del gruppo Helsana, oltre ad Helsana Assicurazioni integrative SA, anche Helsana Assicurazioni SA, Progrès Assicurazioni SA, sansan Assicurazioni SA, avanex Assicurazioni SA, aerosana Assicurazioni, Helsana Infortuni SA, Helsana Partecipazioni SA, Helsana e PROCARE Previdenza SA.

26 Quali sono i partner del gruppo Helsana?

In particolare Patria Società svizzera di assicurazioni sulla vita. Gli altri partner di Helsana Assicurazioni integrative SA o del gruppo Helsana sono riportati sul sito Web www.helsana.ch.

27 I dati personali sono forniti a terzi?

Patria Società svizzera di assicurazioni sulla vita, Helsana Assicurazioni integrative SA e il gruppo Helsana sono soggetti a disposizioni particolarmente severe sulla protezione dei dati. Pertanto di principio non vengono rese note informazioni personali a terzi (al di fuori del gruppo Helsana). Vengono fatte eccezioni solo nei casi in cui una disposizione di legge prevede esplicitamente o autorizza una comunicazione dei dati oppure se per l'elaborazione e l'esecuzione del presente contratto sono coinvolti anche dei partner.

28 Per quanto tempo vengono conservati i dati personali?

I dati personali vengono conservati in una banca dati o su carta per il tempo necessario previsto dalle disposizioni legali o contrattuali. Successivamente vengono eliminati.

29 Dove si trova il foro competente?

Le azioni attinenti al contratto d'assicurazione possono essere interposte, a scelta, presso il tribunale competente del luogo di domicilio in Svizzera della persona assicurata, rispettivamente dell'avente diritto, oppure presso la sede dell'assicuratore.

VI. GLOSSARIO

Atto temerario

Vi è atto temerario se la persona assicurata si espone a un pericolo particolarmente grave senza prendere o potere prendere le precauzioni per limitare il rischio a proporzioni ragionevoli. In tale contesto si rimanda alla lista SUVA concernente gli atti temerari.

Età determinante

L'età determinante per l'assicurazione e per il calcolo dei premi corrisponde alla differenza tra l'anno civile corrente e l'anno di nascita.

Incapacità di guadagno

È considerata incapacità di guadagno la perdita, totale o parziale, della possibilità di guadagno sul mercato del lavoro equilibrato che entra in considerazione, provocata da un danno alla salute fisica, mentale o psichica e che perdura dopo aver sottoposto l'assicurato alle cure e alle misure d'integrazione ragionevolmente esigibili.

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 che provochi la morte.

Invalidità

È considerata invalidità l'incapacità di guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata.
(Nell'ambito di PREVEA Infortunio il paragrafo 9 ha la priorità.)

Lesioni corporali parificabili ai postumi d'infortunio

Se non attribuibili indubbiamente a una malattia o a fenomeni degenerativi, le seguenti lesioni corporali, il cui elenco è definitivo, sono equiparate all'infortunio, anche se non dovute a un fattore esterno straordinario:

- fratture;
- lussazioni di articolazioni;
- lacerazioni del menisco;
- lacerazioni muscolari;
- stiramenti muscolari;
- lacerazioni dei tendini;
- lesioni dei legamenti;
- lesioni del timpano.

Malattia

È considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità al lavoro.

Ragionevolmente esigibile

Un'attività è ragionevolmente esigibile quando è adeguata alle conoscenze, alle capacità e alla precedente posizione sociale della persona assicurata.

Reddito medio secondo l'UFSEL

L'Ufficio federale dello sviluppo economico e del lavoro (UFSEL; oggi seco, Segretariato di Stato dell'economia) stabilisce i redditi per i giovani in formazione, mediante i quali è costituita la base per il calcolo delle prestazioni assicurative.