

## ASSICURAZIONI SPECIALI PER IL SETTORE AGRICOLO

Assicurazioni proprie

Condizioni generali d'assicurazione LCA

Condizioni complementari

AGRI-speciale

AGRI-natura

AGRI-dental

AGRI-revenu

Assicurazione d'indennità giornaliera

Assicurazioni intermedie

Assicurazione per il personale ausiliario LCA

Assicurazione infortuni in caso di decesso e invalidità (ADI) LCA

Assicurazione di capitale in caso di decesso e invalidità KTI-Prevea LCA

# INFORMAZIONI AI CLIENTI PREVISTE DALLA LCA

Le designazioni di persone valgono parimenti per entrambi i sessi.

## Disposizioni generali

Il presente documento informa sull'ente assicurativo e sugli elementi essenziali del contratto d'assicurazione, conformemente a quanto stabilito dall'art. 3 della legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). I diritti e i doveri delle parti contrattuali si deducono dalla proposta di assicurazione, dalla polizza, dalle condizioni generali d'assicurazione (CGA) e dalle leggi applicabili, in particolare dalla LCA.

Il presente documento informa sia sui prodotti assicurativi gestiti direttamente da Assicurazioni Agrisano SA, sia sui prodotti da essa intermediati. I prodotti intermediati sono l'assicurazione per il personale ausiliario LCA, l'assicurazione infortuni in caso di decesso e invalidità (ADI) LCA e l'assicurazione di capitale in caso di decesso e invalidità (KTI-Prevea) LCA.

## Chi è l'assicuratore?

L'ente assicurativo è Assicurazioni Agrisano SA, Laurstrasse 10, 5201 Brugg. Assicurazioni Agrisano SA è una società anonima ai sensi degli articoli 620 ss. del Codice svizzero delle obbligazioni (CO).

Gli enti assicurativi dei prodotti intermediati sono Solida Versicherungen AG (assicurazione per il personale ausiliario LCA e assicurazione infortuni in caso di decesso e invalidità [ADI] LCA) e Helsana Zusatzversicherungen AG (assicurazione di capitale in caso di decesso e invalidità [KTI-Prevea] LCA).

Solida Versicherungen AG (sede: 8048 Zurigo) è una società anonima ai sensi degli articoli 620 ss. CO. Helsana Zusatzversicherungen AG (sede: 8600 Dübendorf) è una società anonima ai sensi degli articoli 620 ss. CO.

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

La copertura assicurativa è definita individualmente, in funzione del prodotto assicurativo selezionato. I rischi assicurati e l'entità della copertura assicurativa si deducono dalla proposta di assicurazione, dalla polizza e dalle CGA. Le diverse prestazioni sono descritte nel riassunto che, in funzione del prodotto assicurativo selezionato, è fornito assieme al presente documento (cfr. condizioni complementari CC).

## A quanto ammonta il premio e quando deve essere versato?

L'entità del premio dipende dall'età dell'assicurato, dal suo domicilio legale, dal tipo di rischio assicurato, dalla copertura desiderata e dalla partecipazione ai costi per la quale egli ha optato. Tutte le indicazioni concernenti i premi e la partecipazione ai costi figurano nella polizza. I contratti di assicurazione collettiva possono prevedere deroghe.

Il premio annuale deve essere versato anticipatamente, di anno in anno il 1° gennaio o, in caso di pagamenti rateali, il 1° giorno del relativo mese. Eventuali deroghe concernenti le assicurazioni intermedie figurano nelle relative CGA / CC. Se Assicurazioni Agrisano SA paga direttamente i fornitori di prestazioni (medico, ospedale, farmacia ecc.), lo stipulante è tenuto a rimborsare ad Assicurazioni Agrisano SA entro 30 giorni dalla presentazione della fattura la partecipazione ai costi pattuita.

## Obblighi dell'assicurato

### Obbligo di ridurre il danno

In caso di malattia o infortunio, l'assicurato è tenuto a sottoporsi al più presto a cure mediche appropriate. È inoltre tenuto a seguire le prescrizioni mediche e a evitare tutto ciò che potrebbe comportare un peggioramento del suo stato fisico.

### Obbligo di comunicare e obbligo di collaborare

L'assicurato è tenuto a comunicare ad Assicurazioni Agrisano SA entro 30 giorni tutti i cambiamenti della sua situazione personale importanti ai fini dell'assicurazione, compreso l'eventuale cambiamento di domicilio. È tenuto a fornire ad Assicurazioni Agrisano SA informazioni esaurienti e veritiere su tutto quanto concerne il caso assicurato (malattia, infortunio, gravidanza), come pure su precedenti malattie e infortuni. Scioglie il personale

medico che l'ha in cura dall'obbligo del segreto nei confronti di Assicurazioni Agrisano SA.

## Inizio, durata e fine del contratto

Le seguenti disposizioni, concernenti l'inizio, la durata e la fine del contratto, si applicano esclusivamente ai prodotti di Assicurazioni Agrisano SA. Per le assicurazioni intermedie fanno stato le rispettive CGA e CC.

### Inizio e durata del contratto

L'assicurazione inizia il giorno che figura sulla polizza. Dalla data indicata nella proposta fino alla consegna della polizza la copertura è provvisoria. Se un caso assicurato si verifica in questo periodo, in linea di principio è coperto. Sono esclusi i casi riconducibili a una malattia oppure a un infortunio o a sue conseguenze già verificatisi o in corso prima dell'inizio della copertura provvisoria.

Il contratto d'assicurazione dura un anno civile, dal 1° gennaio al 31 dicembre. Se il contratto d'assicurazione inizia nel corso di un anno civile, dura fino al 31 dicembre dello stesso anno. Se non è notificata alcuna disdetta entro i termini previsti, il contratto d'assicurazione si prolunga tacitamente per un altro anno.

### Fine del contratto per disdetta dello stipulante

L'assicurazione può essere disdetta per il 30 giugno o il 31 dicembre, osservando un termine di preavviso di 3 mesi. La disdetta è puntuale se giunge all'ente assicurativo al più tardi il giorno che precede l'inizio del periodo di preavviso di 3 mesi. Dopo ogni caso di malattia, infortunio o maternità per il quale è dovuta una prestazione, lo stipulante può disdire per iscritto il contratto, entro 14 giorni da quando ha avuto notizia dell'ultimo pagamento da parte di Assicurazioni Agrisano SA. In tal caso la copertura assicurativa cessa quando la disdetta perviene ad Assicurazioni Agrisano SA. In caso di aumento dei premi, lo stipulante ha un diritto di disdetta straordinario, disciplinato dalle disposizioni speciali.

### Fine del contratto per altre circostanze

L'assicurazione cessa con il decesso dell'assicurato, il raggiungimento dell'età fino alla quale Assicurazioni Agrisano SA accorda la copertura assicurativa o il trasferimento del domicilio all'estero. Questo elenco non è esaustivo, poiché le CGA e le CC possono stabilire altri motivi per porre termine al contratto.

### Fine del contratto per disdetta o recesso di Assicurazioni Agrisano SA

Assicurazioni Agrisano SA rinuncia al diritto di disdetta riservatole dalla legge. È fatto salvo il recesso per comportamento contrario al contratto, ad esempio per reticenza oppure per tentata o avvenuta frode assicurativa.

Se lo stipulante non onora il suo obbligo di versare i premi o di partecipare ai costi anche una volta trascorso il termine di rispetto di 14 giorni, è sollecitato per iscritto a pagare gli arretrati entro 30 giorni. La diffida rende attento lo stipulante sulle conseguenze in caso di infrazione dell'obbligo di versamento.

Se, nonostante la diffida, lo stipulante non versa quanto dovuto, la copertura assicurativa per malattie, infortuni e relative conseguenze è sospesa fino al versamento completo del premio, compresi gli interessi e le spese amministrative; la copertura è sospesa anche in caso di versamento posticipato. Allo scadere del termine di diffida Assicurazioni Agrisano SA può recedere dal contratto. Se gli arretrati non sono versati entro due mesi dal termine di diffida, il contratto prende fine. Con la fine dell'assicurazione, cessano anche gli obblighi di Assicurazioni Agrisano SA concernenti la fornitura di prestazioni.

## Protezione dei dati

Assicurazioni Agrisano SA garantisce la protezione dei dati conformemente a quanto stabilito dalla legislazione svizzera in vigore, in particolare dalla legge federale sulla protezione dei dati (LPD).

Assicurazioni Agrisano SA elabora i dati che risultano dai documenti contrattuali o dall'esecuzione del contratto e li utilizza, in particolare, per determinare i premi, chiarire i rischi, elaborare i casi assicurati, effettuare analisi statistiche e condurre azioni di marketing. Nella misura del necessario, Assicurazioni Agrisano SA può inoltrare dati a terzi che partecipano all'esecuzione del contratto, in particolare a coassicuratori e riassicuratori, per un'ulteriore elaborazione. Gli attuali partner di Assicurazioni Agrisano SA nel settore assicurativo figurano sul sito Internet di Agrisano.

Nella misura in cui le informazioni siano necessarie per valutare una copertura assicurativa o un caso di sinistro, e nel quadro delle disposizioni

legali relative alla protezione dei dati, Assicurazioni Agrisano SA è autorizzata, in qualsiasi momento, a fornire e a chiedere informazioni a medici, ospedali, altri fornitori di prestazioni, assicuratori sociali e assicuratori privati. Può inoltre chiedere informazioni utili a servizi amministrativi e a terzi, in merito soprattutto allo svolgimento di un sinistro, e ciò indipendentemente dalla stipulazione del contratto. Conformemente a quanto previsto dalla legge, l'assicurato ha diritto di chiedere ad Assicurazioni Agrisano SA informazioni sull'elaborazione dei dati che lo concernono. Le modalità e la durata di conservazione dei dati si limitano a quanto stabilito dalla legislazione in vigore, in particolare dalla LPD.

# INDICE

## ASSICURAZIONI PROPRIE

Assicuratore: Assicurazioni Agrisano SA

<b>CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE (CGA LCA)</b> .....	<b>7</b>
I. DISPOSIZIONI GENERALI .....	7
II. INIZIO, DURATA E FINE DELL'ASSICURAZIONE .....	7
III. MODIFICA DELL'ASSICURAZIONE .....	7
IV. DEFINIZIONI .....	8
V. PRESTAZIONI .....	8
VI. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO / COMUNICAZIONI .....	8
VII. PREMI .....	9
VIII. RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI .....	9
IX. DISPOSIZIONI FINALI .....	9
<b>CONDIZIONI COMPLEMENTARI AGRI-speciale</b> .....	<b>10</b>
I. DISPOSIZIONI GENERALI .....	10
II. PREMI .....	10
III. ENTITÀ DELLE PRESTAZIONI .....	10
IV. DISPOSIZIONI FINALI .....	11
<b>CONDIZIONI COMPLEMENTARI AGRI-natura</b> .....	<b>12</b>
I. DISPOSIZIONI GENERALI .....	12
II. PREMI .....	12
III. PRESTAZIONI .....	12
IV. DISPOSIZIONI FINALI .....	12
<b>CONDIZIONI COMPLEMENTARI AGRI-dental</b> .....	<b>13</b>
I. DISPOSIZIONI GENERALI .....	13
II. PREMI .....	13
III. INIZIO E DURATA DELL'ASSICURAZIONE .....	13
IV. PRESTAZIONI .....	13
V. DISPOSIZIONI FINALI .....	13
<b>CONDIZIONI COMPLEMENTARI AGRI-revenu (INDENNITÀ GIORNALIERA NEL SETTORE AGRICOLO)</b> .....	<b>14</b>
I. DISPOSIZIONI GENERALI .....	14
II. INIZIO, FINE E SOSPENSIONE DELL'ASSICURAZIONE .....	14
III. OFFERTA ASSICURATIVA .....	14
IV. PREMI .....	14
V. PRESTAZIONI .....	15
VI. AUMENTO DELLE SOMME ASSICURATE .....	15
VII. SOVRAINDENNIZZO .....	16
VIII. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO / COMUNICAZIONI .....	16
IX. VARIE E DISPOSIZIONI FINALI .....	16
<b>CONDIZIONI COMPLEMENTARI ASSICURAZIONE D'INDENNITÀ GIORNALIERA</b> .....	<b>17</b>
I. DISPOSIZIONI GENERALI .....	17
II. PREMI .....	17
III. PRESTAZIONI .....	17
IV. DISPOSIZIONI FINALI .....	17

## ASSICURAZIONI INTERMEDIATE

Assicuratore: Vedere le rispettive compagnie di assicurazione.

<b>ASSICURAZIONE PER IL PERSONALE AUSILIARIO .....</b>	<b>20</b>
I. CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE (CGA) .....	20
<b>ASSICURAZIONE INFORTUNI IN CASO DI MORTE E INVALIDITÀ (ADI) .....</b>	<b>22</b>
I. ESTENSIONE DELLA PROTEZIONE ASSICURATIVA .....	22
II. DISPOSIZIONI TERMINOLOGICHE .....	22
III. PRESTAZIONI ASSICURATIVE.....	22
IV. LIMITAZIONI DI COPERTURA .....	24
V. INIZIO E FINE DEL CONTRATTO.....	24
VI. PREMI.....	24
VII. DIRITTI E OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO .....	25
VIII. DISPOSIZIONI FINALI.....	25
<b>ASSICURAZIONE DI CAPITALE PER DECESSO E INVALIDITÀ KTI-PREVEA.....</b>	<b>26</b>
I. CONTENUTO DEL CONTRATTO .....	26
II. COPERTURA ASSICURATIVA.....	26
III. ASPETTI FINANZIARI .....	26
IV. PRESTAZIONI .....	26
V. PARTICOLARITÀ.....	27
VI. GLOSSARIO.....	28



# CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE (CGA LCA)

Le designazioni di persone valgono parimenti per entrambi i sessi.

## I. DISPOSIZIONI GENERALI

### Art. 1 Oggetto dell'assicurazione

Le presenti condizioni generali d'assicurazione (CGA) valgono esclusivamente per le assicurazioni gestite direttamente da Assicurazioni Agrisano SA. Informazioni dettagliate sulle diverse prestazioni e eventuali deroghe alle CGA figurano nelle relative condizioni complementari (CC).

### Art. 2 Basi dell'assicurazione

<sup>1</sup> Ente assicurativo è Assicurazioni Agrisano SA.

<sup>2</sup> Il contratto di assicurazione è composto dalla proposta di assicurazione, dalla polizza, dalle CGA e dalle CC.

<sup>3</sup> Sono assicurabili le conseguenze economiche di malattia, infortunio e maternità durante il periodo per il quale è stipulata l'assicurazione.

<sup>4</sup> Se le CGA e le CC non prevedono altrimenti, si applicano le disposizioni della legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

### Art. 3 Scopo

Scopo dell'offerta assicurativa è ampliare la copertura di base prevista dalla legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal). L'offerta assicurativa è orientata in funzione dei bisogni della popolazione agricola.

### Art. 4 Informazione precedente la stipulazione del contratto

<sup>1</sup> Prima di stipulare il contratto d'assicurazione, Assicurazioni Agrisano SA informa il proponente, in modo comprensibile, sulla propria identità e sugli elementi essenziali del contratto, specificando in particolare:

- i rischi assicurati;
- la portata della copertura assicurativa;
- i premi dovuti e altri obblighi dello stipulante;
- la durata e l'estinzione del contratto di assicurazione;
- le informazioni da fornire secondo la legge federale sulla protezione dei dati (LPD) e la LCA.

<sup>2</sup> Queste informazioni sono consegnate in forma scritta al proponente assieme al formulario di proposta.

<sup>3</sup> In caso di contratto collettivo che conferisce a persone diverse dallo stipulante un diritto diretto alle prestazioni, Assicurazioni Agrisano SA si accerta che egli informi queste persone sugli elementi essenziali, sulle modifiche e sullo scioglimento del contratto. A tale scopo, Assicurazioni Agrisano SA mette a disposizione una scheda informativa.

<sup>4</sup> Se Assicurazioni Agrisano SA viola l'obbligo di informazione sancito dalla presente disposizione, lo stipulante ha diritto di disdire il contratto, per iscritto. La disdetta ha effetto dal momento in cui perviene ad Assicurazioni Agrisano SA. Questo diritto di disdetta cessa quattro settimane dopo che lo stipulante ha accertato la violazione dell'obbligo e ha ottenuto le informazioni menzionate sopra e, ad ogni modo, al più tardi un anno dopo la conclusione del contratto.

### Art. 5 Assicurazioni possibili

<sup>1</sup> Le disposizioni concernenti le assicurazioni possibili sono stabilite nelle CC.

<sup>2</sup> Il contratto può essere stipulato come assicurazione individuale o come assicurazione collettiva.

<sup>3</sup> Nella polizza sono indicate le categorie assicurative concordate, con eventuali deroghe alle CGA o alle CC.

### Art. 6 Persone assicurate

<sup>1</sup> Sono assicurate le persone indicate nella polizza.

<sup>2</sup> In caso di assicurazione collettiva sono assicurati i gruppi di persone indicati nella polizza.

## II. INIZIO, DURATA E FINE DELL'ASSICURAZIONE

### Art. 7 Inizio dell'assicurazione

<sup>1</sup> La proposta di assicurazione è presentata per iscritto mediante il formulario previsto a questo scopo da Assicurazioni Agrisano SA. L'assicurazione è stipulabile al più presto dal primo giorno del mese seguente.

<sup>2</sup> La copertura assicurativa inizia quando l'ente assicurativo comunica al proponente di avere accettato la proposta, al più presto dal giorno che figura sulla polizza.

<sup>3</sup> La copertura assicurativa è provvisoria per ogni assicurato dalla data indicata nel formulario di proposta fino alla consegna della polizza. Se un caso assicurato si verifica in questo periodo, non vi è alcun diritto alle prestazioni se dalla documentazione che deve essere fornita emerge che il caso assicurato è riconducibile a una malattia, un infortunio o a sue conseguenze già verificatisi o in corso prima dell'inizio della copertura provvisoria.

<sup>4</sup> Al momento di stipulare la prima assicurazione, allo stipulante sono consegnate la polizza e le CGA.

<sup>5</sup> Per gli assicurati di un'assicurazione collettiva l'assicurazione inizia assieme al rapporto di lavoro.

### Art. 8 Durata del contratto

<sup>1</sup> Il contratto d'assicurazione dura di volta in volta un anno civile, dal 1° gennaio al 31 dicembre.

<sup>2</sup> Il contratto d'assicurazione che inizia nel corso di un anno civile, dura fino al 31 dicembre dello stesso anno.

<sup>3</sup> Se il contratto d'assicurazione non è stato disdetto entro i termini stabiliti, alla fine di ogni anno è prolungato tacitamente per un altro anno.

<sup>4</sup> Le CC possono prevedere deroghe al presente articolo.

### Art. 9 Fine dell'assicurazione

<sup>1</sup> L'assicurazione termina con:

- il decesso dell'assicurato;
- il raggiungimento dell'età fino alla quale Assicurazioni Agrisano SA accorda la copertura assicurativa;
- la disdetta da parte dello stipulante dopo la scadenza del termine di disdetta contrattuale;
- il trasferimento del domicilio all'estero;
- l'esaurimento della prestazione garantita dal relativo prodotto assicurativo;
- la cessazione del rapporto di lavoro (in caso di assicurazione collettiva).

<sup>2</sup> Con la fine dell'assicurazione cessano anche gli obblighi di Assicurazioni Agrisano SA concernenti la fornitura di prestazioni.

### Art. 10 Disdetta dello stipulante

<sup>1</sup> L'assicurazione può essere disdetta per iscritto entro il 31 marzo per il 30 giugno oppure entro il 30 settembre per il 31 dicembre.

<sup>2</sup> Dopo ogni caso di malattia, infortunio o maternità per il quale è dovuta una prestazione, lo stipulante può disdire per iscritto il contratto, entro 14 giorni da quando ha avuto notizia dell'ultimo pagamento di Assicurazioni Agrisano SA. La copertura assicurativa cessa 14 giorni dopo l'arrivo della disdetta all'Assicurazione Agrisano SA.

### Art. 11 Disdetta di Assicurazioni Agrisano SA

Assicurazioni Agrisano SA rinuncia esplicitamente al diritto di disdetta nel corso del contratto o di recesso in caso di sinistro. È fatto salvo il recesso per tentata o avvenuta frode assicurativa e nei casi previsti dalla legge e dal contratto, ad esempio per reticenza da parte dell'assicurato.

## III. MODIFICA DELL'ASSICURAZIONE

### Art. 12 Modifica richiesta dallo stipulante

Se lo stipulante propone di modificare il contratto d'assicurazione per estendere la copertura, è considerata come nuova proposta solo la parte concernente la copertura più estesa.

### Art. 13 Modifica introdotta da Assicurazioni Agrisano SA

<sup>1</sup> Se dopo la stipulazione del contratto d'assicurazione si verificano cambiamenti sostanziali delle condizioni quadro per l'assicurazione delle conseguenze economiche di malattia, infortunio o maternità (ad es. aumento del personale medico o introduzione di nuove categorie di personale medico, ampliamento dell'offerta di prestazioni mediche, introduzione di

nuove terapie o medicinali e ritrovati simili molto costosi), Assicurazioni Agrisano SA si riserva il diritto di modificare le disposizioni assicurative (CGA, CC).

<sup>2</sup> Le nuove condizioni assicurative sono comunicate allo stipulante con un anticipo di 30 giorni. Lo stipulante ha diritto, entro 30 giorni dalla comunicazione, di disdire la relativa categoria assicurativa o l'intero contratto per la data della modifica del contratto.

<sup>3</sup> La mancata disdetta equivale all'approvazione delle nuove condizioni assicurative.

## IV. DEFINIZIONI

### Art. 14 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.

### Art. 15 Maternità

La madre ha diritto a prestazioni legate alla maternità e al parto se al momento del parto è assicurata presso Assicurazioni Agrisano SA da almeno 270 giorni.

### Art. 16 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 dell'assicurato. Sono inoltre considerate infortuni le malattie professionali riconosciute come infortuni dalla legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF). Le seguenti lesioni corporali sono equiparate all'infortunio anche se non dovute a un fattore esterno straordinario:

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

### Art. 17 Incapacità al lavoro

È considerata incapacità al lavoro qualsiasi incapacità, totale o parziale, derivante da un danno alla salute fisica, mentale o psichica, di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile nella professione o nel campo d'attività abituale. In caso d'incapacità al lavoro di lunga durata possono essere prese in considerazione anche le mansioni esigibili in un'altra professione o campo d'attività.

### Art. 18 Incapacità al guadagno

È considerata incapacità al 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.

## V. PRESTAZIONI

### Art. 19 Diritto alle prestazioni

<sup>1</sup> L'assicurato ha diritto a prestazioni di Assicurazioni Agrisano SA solo per il periodo d'assicurazione. Non ha diritto a prestazioni per costi sostenuti dopo la fine dell'assicurazione. Fa stato la data del trattamento.

<sup>2</sup> L'assicurazione è valida per prestazioni fornite in Svizzera. Le disposizioni concernenti le singole categorie assicurative possono prevedere deroghe.

<sup>3</sup> L'assicurato ha diritto a prestazioni di Assicurazioni Agrisano SA solo finché è domiciliato in Svizzera.

### Art. 20 Entità delle prestazioni

<sup>1</sup> Le prestazioni sono assicurate secondo la copertura specificata nella polizza e conformemente alle CC delle singole categorie assicurative.

<sup>2</sup> Sono assicurati solo i trattamenti eseguiti da personale medico o istituzioni mediche riconosciuti conformemente alla LAMal.

<sup>3</sup> Le prestazioni di altre persone o istituzioni sono assicurate solo se previsto dalle disposizioni delle singole categorie assicurative.

<sup>4</sup> Sono coperti i costi delle cure, se queste sono efficaci, appropriate ed economiche. Ciò significa che le spese per cure mediche sono rimborsate

purché si limitino a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura.

### Art. 21 Esclusione di prestazioni

<sup>1</sup> Malattie e conseguenze d'infortuni già presenti al momento di stipulare il contratto d'assicurazione possono essere escluse dalla copertura assicurativa.

<sup>2</sup> Non vi è alcun diritto alle prestazioni:

- a) per dolori già presenti all'inizio del contratto;
- b) durante un periodo d'attesa;
- c) per cure non mirate all'eliminazione di un danno alla salute o delle sue conseguenze. Sono fatte salve le misure atte a prevenire un disturbo, o a evitare che esso peggiori, quando è già in corso una malattia;
- d) per cure dentarie, sempre che la copertura non sia espressamente specificata nelle assicurazioni concordate;
- e) in caso di partecipazione ad atti di guerra, disordini o eventi simili nonché in caso di servizio militare all'estero;
- f) per malattie e infortuni dovuti alla partecipazione attiva a reati o a risse, ad esclusione di viaggi in automobile sotto l'effetto di alcol;
- g) per conseguenze di terremoti e altre catastrofi naturali;
- h) per danni alla salute dovuti agli effetti di raggi ionizzanti e di energia nucleare;
- i) per trapianti di organi in relazione ai quali la Federazione svizzera per compiti comunitari degli assicuratori malattia (SVK) di Soletta ha concordato importi forfettari, indipendentemente dal luogo in cui è effettuato il trapianto;
- j) in caso di partecipazioni legali o concordate ai costi dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie;
- k) per malattie epidemiche.

### Art. 22 Limitazione delle prestazioni

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

- a) lo stipulante o l'assicurato viola colpevolmente gli obblighi di cui agli articoli 23, 25 e 26 delle presenti CGA;
- b) vi è colpa grave nel causare la malattia o l'infortunio;
- c) i danni alla salute sono causati da un atto temerario. Vi è atto temerario se l'assicurato si espone a un pericolo particolarmente grave senza prendere o poter prendere le precauzioni per limitare il rischio a proporzioni ragionevoli. Sono tuttavia assicurati gli atti di salvataggio di persone, anche se si possono considerare atti temerari;
- d) il danno alla salute è stato provocato intenzionalmente.

## VI. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO / COMUNICAZIONI

### Art. 23 Obbligo di collaborare

<sup>1</sup> L'assicurato è tenuto a presentare ad Assicurazioni Agrisano SA la richiesta di rimborso secondo le disposizioni previste per le singole categorie assicurative.

<sup>2</sup> Un infortunio o una malattia deve essere comunicato ad Assicurazioni Agrisano SA al più tardi entro dieci giorni.

<sup>3</sup> Se sono fatte valere prestazioni assicurative, occorre fornire ad Assicurazioni Agrisano SA tutte le informazioni necessarie.

### Art. 24 Stipulazione del contratto

<sup>1</sup> Le risposte alle domande del formulario prestampato da Assicurazioni Agrisano SA devono essere esaurienti e veritiere. Una persona incapace di agire può essere assicurata solo dal suo rappresentante legale. Se le dichiarazioni del proponente sono inesatte o incomplete, Assicurazioni Agrisano SA ha diritto di recedere dal contratto entro 4 settimane dal momento in cui accerta l'inesattezza delle informazioni ricevute.

<sup>2</sup> Proponendo un contratto d'assicurazione, la persona autorizza Assicurazioni Agrisano SA a raccogliere, presso personale medico o altri assicuratori, le informazioni necessarie per stipulare il contratto e precisare un eventuale obbligo di prestazioni nel futuro. Assicurazioni Agrisano SA può richiedere un certificato medico o una visita medica a sue spese. Lo stipulante deve fare in modo di fornire tutte le informazioni necessarie sull'assicurato.

### Art. 25 Comportamento in caso di malattia o infortunio

L'assicurato è tenuto a fare tutto il possibile per favorire la guarigione e evitare qualsiasi azione che potrebbe ritardarla. In particolare è tenuto a osservare le prescrizioni del personale medico.



#### Art. 26 Obbligo di informare

<sup>1</sup> L'assicurato è tenuto a fornire ad Assicurazioni Agrisano SA le informazioni relative a tutte le prestazioni fornite da terzi di cui beneficia in caso di malattia, infortunio e maternità e a sciogliere i medici curanti e altro personale medico dal segreto professionale nei confronti di Assicurazioni Agrisano SA. Se necessario, Assicurazioni Agrisano SA può richiedere informazioni anche ad altri assicuratori.

<sup>2</sup> Su richiesta, l'assicurato è tenuto a sottoporsi alla visita di un secondo medico o del medico di fiducia di Assicurazioni Agrisano SA. Assicurazioni Agrisano SA si assume le relative spese.

#### Art. 27 Comunicazioni

<sup>1</sup> L'assicurato è tenuto a comunicare ad Assicurazioni Agrisano SA entro 30 giorni tutti i cambiamenti della sua situazione personale importanti ai fini dell'assicurazione, quali il cambiamento di domicilio.

<sup>2</sup> Tutte le comunicazioni dello stipulante o dell'assicurato devono essere indirizzate all'agenzia competente di Assicurazioni Agrisano SA.

<sup>3</sup> Le comunicazioni di Assicurazioni Agrisano SA all'assicurato o allo stipulante sono valide se inviate, in forma scritta, al più recente indirizzo da egli indicato.

### VII. PREMI

#### Art. 28 Tariffe dei premi

<sup>1</sup> I premi sono stabiliti in un tariffario. Il premio in vigore è deducibile dalla polizza.

<sup>2</sup> L'entità dei premi è fissata in base al rischio e all'età dell'assicurato. In seguito al passaggio in un diverso gruppo d'età, il premio è modificato automaticamente.

<sup>3</sup> In caso di assicurazione collettiva è possibile stabilire premi a parte per i corrispondenti gruppi di persone.

<sup>4</sup> Per le famiglie possono essere stabiliti sconti sui premi.

<sup>5</sup> Le tariffe dei premi e la partecipazione ai costi possono essere adeguate all'evoluzione dei costi e dei sinistri. Eventuali adeguamenti dei premi sono comunicati allo stipulante con un anticipo di 30 giorni. Lo stipulante ha diritto, entro 30 giorni dalla comunicazione, di disdire la relativa categoria assicurativa o l'intero contratto per la data della modifica del contratto. La mancata disdetta equivale all'approvazione dell'adeguamento dei premi.

#### Art. 29 Scadenza dei premi

Lo stipulante è tenuto a versare i premi in anticipo. Il periodo di pagamento nelle diverse categorie assicurative deve coincidere con il periodo di pagamento scelto per versare i premi delle assicurazioni disciplinate dalla LAMal.

#### Art. 30 Versamento dei premi

I premi devono essere versati senza interruzione, anche in caso di malattia, infortunio, maternità, incapacità lavorativa o sospensione del diritto alle prestazioni.

#### Art. 31 Premi arretrati

<sup>1</sup> Se lo stipulante non onora il suo obbligo di versare i premi o di partecipare ai costi anche una volta trascorso il termine di rispetto di 14 giorni, è sollecitato per iscritto a pagare gli arretrati entro 30 giorni. La diffida rende attento lo stipulante sulle conseguenze in caso di infrazione all'obbligo di versamento.

<sup>2</sup> Se, nonostante la diffida, lo stipulante non versa quanto dovuto, la copertura assicurativa per malattie, infortuni e relative conseguenze è sospesa fino al versamento completo del premio, compresi gli interessi e le spese amministrative; la copertura è sospesa anche in caso di versamento posticipato.

<sup>3</sup> Se il premio arretrato non è richiesto legalmente entro due mesi dal termine di diffida, il contratto prende fine.

<sup>4</sup> Le spese di diffida o di altro tipo dovute a ritardi nei versamenti sono a carico dello stipulante che le ha causate.

#### Art. 32 Passaggio a una categoria superiore di premi

Il passaggio a una categoria superiore di premi avviene di volta in volta all'inizio dell'anno civile seguente. Se il passaggio a una categoria superiore comporta un adeguamento dei premi, lo stipulante ha lo stesso diritto di disdetta riservato dall'art. 28 cpv. 5.

#### Art. 33 Compensazione

<sup>1</sup> Assicurazioni Agrisano SA può compensare il versamento di prestazioni con crediti nei confronti dello stipulante. Nei confronti di Assicurazioni Agrisano SA lo stipulante non ha alcun diritto di compensazione.

<sup>2</sup> Eventuali crediti nei confronti di Assicurazioni Agrisano SA non possono essere vincolati né ceduti senza il suo consenso.

### VIII. RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI

#### Art. 34 Pagamento delle prestazioni

<sup>1</sup> Per il pagamento delle prestazioni occorre consegnare ad Assicurazioni Agrisano SA le fatture dettagliate, con le informazioni mediche e amministrative necessarie.

<sup>2</sup> Sempre che Assicurazioni Agrisano SA e il fornitore di prestazioni non si siano accordati diversamente, l'assicurato è debitore dell'onorario al fornitore di prestazioni.

<sup>3</sup> In caso di fatturazione palesemente elevata, Assicurazioni Agrisano SA può subordinare le sue prestazioni alla cessione del credito di riduzione nei confronti del fornitore di prestazioni.

#### Art. 35 Sussidiarietà e prestazioni di terzi

<sup>1</sup> Lo stipulante o l'assicurato s'impegna a far valere in modo regolamentare il suo diritto a prestazioni nei confronti di altri assicuratori.

<sup>2</sup> Tutte le prestazioni ai sensi delle presenti CGA sono fornite solo dopo le prestazioni di assicuratori sociali svizzeri o di altri paesi, in particolare dopo l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal e dopo l'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF.

<sup>3</sup> In caso di doppia copertura garantita da assicuratori privati con obbligo di prestazioni secondo la LCA, si accerta quanto ogni assicuratore dovrebbe pagare in base al rispettivo contratto d'assicurazione, se egli fosse il solo a doversi assumere l'obbligo. Su tale base si calcola la somma di queste prestazioni. L'indennizzo dovuto da Assicurazioni Agrisano SA è limitato alla sua quota in tale somma. Il totale degli indennizzi di tutti gli assicuratori non deve eccedere i costi effettivi.

<sup>4</sup> Se per le conseguenze di malattia o infortunio terze persone civilmente responsabili sono tenute a versare prestazioni, Assicurazioni Agrisano SA accorda le sue prestazioni con riserva dell'art. 36, solo se tali persone hanno corrisposto le loro prestazioni e solo nella misura in cui, tenendo conto di queste prestazioni, non ne risulti alcun guadagno per l'assicurato.

#### Art. 36 Prestazione anticipata e diritto di regresso

<sup>1</sup> Assicurazioni Agrisano SA può corrispondere anticipatamente le sue prestazioni a condizione che l'assicurato le ceda i propri diritti nei confronti di terze persone tenute a corrispondere prestazioni nella misura da essa fornite e al tempo stesso si impegni a non intraprendere alcuna azione che potrebbe ostacolare l'imposizione di un eventuale diritto di regresso nei confronti di terzi.

<sup>2</sup> Se, senza il consenso di Assicurazioni Agrisano SA, lo stipulante o l'assicurato prende accordi con terzi tenuti a corrispondere prestazioni, impegnandosi a rinunciare completamente o in parte a prestazioni assicurative o al risarcimento di danni, perde qualsiasi diritto alle prestazioni nei confronti di Assicurazioni Agrisano SA.

<sup>3</sup> Fatta salva una disposizione di tenore espressamente diverso, le indennità giornaliera sono versate dall'assicurazione contro i danni.

### IX. DISPOSIZIONI FINALI

#### Art. 37 Foro

In caso di controversie su assicurazioni regolamentate dalle presenti CGA, l'assicurato può adire il foro presso il domicilio in Svizzera o la sede commerciale di Assicurazioni Agrisano SA.

# CONDIZIONI COMPLEMENTARI AGRI-speciale

Le designazioni di persone valgono parimenti per entrambi i sessi.

## I. DISPOSIZIONI GENERALI

### Art. 1 Scopo

AGRI-speciale accorda agli assicurati prestazioni complementari all'assicurazione sociale malattie.

### Art. 2 Rapporto con l'assicurazione malattie (LAMal)

<sup>1</sup> Sono detratte le prestazioni già fornite dall'assicurazione sociale malattie.

<sup>2</sup> Non sono assicurate le partecipazioni ai costi dell'assicurazione sociale malattie previste dalla legge o stabilite mediante contratto.

### Art. 3 Requisiti dei fornitori di prestazioni

<sup>1</sup> Le prestazioni devono essere prescritte da fornitori riconosciuti conformemente alla legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

<sup>2</sup> Assicurazioni Agrisano SA può riconoscere anche altri fornitori di prestazioni, di cui tiene un elenco. Questo elenco è regolarmente aggiornato e può essere consultato presso Assicurazioni Agrisano SA. È inoltre possibile richiederne un estratto.

## II. PREMI

### Art. 4 Categorie di premi

Le categorie di premi sono le seguenti:

- a) 10 fino a 10 anni d'età compiuti
- b) 18 fino a 18 anni d'età compiuti
- c) 25 fino a 25 anni d'età compiuti
- d) 30 fino a 30 anni d'età compiuti
- e) 35 fino a 35 anni d'età compiuti
- f) 40 fino a 40 anni d'età compiuti
- g) 45 fino a 45 anni d'età compiuti
- h) 50 fino a 50 anni d'età compiuti
- i) 55 fino a 55 anni d'età compiuti
- j) 60 fino a 60 anni d'età compiuti
- k) 65 fino a 65 anni d'età compiuti
- l) 70 oltre 65 anni d'età compiuti

## III. ENTITÀ DELLE PRESTAZIONI

### A. MEDICAMENTI

#### Art. 5 Medicamenti

<sup>1</sup> Assicurazioni Agrisano SA rimborsa il 50 % dei costi fatturati per medicinali soggetti a prescrizione medica non coperti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, a condizione che siano registrati presso Swissmedic per l'indicazione prevista.

<sup>2</sup> I medicinali e i prodotti che figurano nella lista dei preparati farmaceutici per applicazione speciale (LPPV-LPPA) non sono rimborsati. Lo stesso vale per gli anticoncezionali e per i farmaci destinati a influire sulla potenza sessuale.

### B. TRATTAMENTO OSPEDALIERO

#### Art. 6 Trattamento ospedaliero in reparto comune

<sup>1</sup> AGRI-speciale copre i costi di degenza e di trattamento in una stanza a più letti di un reparto comune di un ospedale per malattie acute o di una clinica psichiatrica, sull'intero territorio svizzero.

<sup>2</sup> Sono rimborsati i costi di degenza e di trattamento in ospedali che figurano negli elenchi di stabilimenti e negli elenchi di pianificazione ospedaliera stilati dai Cantoni secondo l'art. 39 LAMal oppure che hanno stipulato un contratto con Assicurazioni Agrisano SA.

<sup>3</sup> Non sono corrisposti i costi per cure ospedaliere che, secondo l'art. 41 cpv. 3 LAMal, sono a carico dei Cantoni.

<sup>4</sup> Se la degenza può essere evitata grazie a un intervento ambulatoriale meno dispendioso, Assicurazioni Agrisano SA ne assume i costi.

<sup>5</sup> In caso di degenza in un ospedale per malattie acute, le prestazioni assicurate sono corrisposte senza alcuna limitazione di tempo, a condizione

che la diagnosi e l'insieme dei trattamenti medici rendano necessaria la cura in un istituto di questo genere.

<sup>6</sup> In caso di degenza in una clinica psichiatrica, le prestazioni assicurate sono corrisposte per un periodo massimo di 90 giorni in un anno civile, a condizione che la diagnosi e l'insieme dei trattamenti medici rendano necessaria la cura in un istituto di questo genere e non vi sia un quadro clinico di patologia cronica.

<sup>7</sup> In caso di degenza e di trattamento ospedaliero di almeno 24 ore, le prestazioni nell'ambito delle tariffe riconosciute da Assicurazioni Agrisano SA per gli ospedali o per gli istituti di cure semi-ospedaliere comprendono:

- a) i costi di degenza e vitto nel reparto comune di ospedali per malattie acute e di cliniche psichiatriche assicurati in Svizzera;
- b) i costi per trattamenti, 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.

<sup>8</sup> I trattamenti ambulatoriali extra-cantionali non soggetti all'obbligo di prestazione da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie sono pienamente coperti. Il rimborso avviene secondo le condizioni tariffali e contrattuali previste conformemente alla LAMal nel Cantone in cui ha luogo il trattamento.

#### Art. 7 Prestazioni in caso di copertura assicurativa insufficiente

<sup>1</sup> Se l'assicurato si fa ricoverare in un reparto ospedaliero di categoria superiore, sono coperti solo i costi del reparto assicurato.

<sup>2</sup> Se non è possibile determinare i costi del reparto ospedaliero corrispondente, per il rimborso sono considerate le tariffe applicate dall'ospedale con un reparto comune che si trova più vicino al domicilio dell'assicurato.

### C. MATERNITÀ

#### Art. 8 Prestazioni in case per partorienti

Per ogni parto, le prestazioni supplementari corrisposte da Assicurazioni Agrisano SA ai sensi della LAMal raggiungono il 50 %, ma non superano 1'000.- fr., delle spese non obbligatorie ai sensi della LAMal (ad es. spese infrastrutturali, servizio alberghiero).

### D. ALTRE PRESTAZIONI

#### Art. 9 Trattamenti estetici

<sup>1</sup> I trattamenti estetici per bambini e giovani fino a 25 anni sono rimborsati a condizione che la limitazione o la deformazione sia considerevole.

<sup>2</sup> Prima di iniziare il trattamento occorre presentare ad Assicurazioni Agrisano SA una richiesta motivata.

<sup>3</sup> La persona ha diritto alle prestazioni solo se è assicurata presso Assicurazioni Agrisano SA da almeno 365 giorni.

<sup>4</sup> Per queste prestazioni Assicurazioni Agrisano SA rimborsa un importo massimo pari alle spese fatturate nel reparto comune di un ospedale pubblico.

#### Art. 10 Prevenzione e profilassi

Per le misure di prevenzione e profilassi sono rimborsate le seguenti prestazioni:

- a) 90 % dei costi, non oltre 500.- per anno civile, per vaccinazioni, con vaccini omologati, dovute a motivi professionali oppure indicate in relazione al domicilio o alla destinazione di villeggiatura;
- b) 50 % dei costi, non oltre 500.- fr. per anno civile, per misure di promozione della salute prescritte e consigliate da un medico in relazione all'allenamento per la schiena, al movimento, all'alimentazione e alla gravidanza/maternità.

#### Art. 11 Psicoterapia

<sup>1</sup> In caso di terapia prescritta da un medico con uno psicoterapeuta che esercita in proprio ed è riconosciuto da Assicurazioni Agrisano SA, non sono rimborsate oltre 20 sedute per anno civile. Su richiesta, terapie più lunghe possono essere autorizzate dal medico di fiducia di Assicurazioni Agrisano SA.

<sup>2</sup> Per ogni seduta è corrisposto un importo massimo di 50.- fr.

#### Art. 12 Cure dentarie

<sup>1</sup> Il trattamento dentario deve essere eseguito da un dentista titolare di un diploma federale o di un attestato equivalente ai sensi delle norme cantonali. Valgono le basi tariffali e contrattuali ai sensi della LAMal.

<sup>2</sup> Sono rimborsate le seguenti prestazioni:

- a) 50 % dei costi, non oltre 500.- per anno civile, per l'estrazione chirurgica di denti (ad es. denti del giudizio, denti impattati);
- b) 50 % dei costi per interventi di chirurgia e di ortopedia mascellare fino al compimento del 18° anno d'età. Se, per motivi di medicina dentaria, il trattamento deve essere avviato solo poco prima di 18 anni, il diritto al trattamento si protrae fino a 20 anni compiuti;
- c) 50 % dei costi di anestesia fino al compimento del 18° anno d'età, a condizione che il trattamento sia ritenuto indispensabile dal dentista di fiducia di Assicurazioni Agrisano SA.

#### Art. 13 Mezzi e apparecchi

<sup>1</sup> I danni a protesi e a mezzi ausiliari causati da un infortunio sono coperti al 90 % secondo la prassi della legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF).

<sup>2</sup> Conformemente alle tariffe delle assicurazioni sociali (ad es. tariffe AI o LAINF) è coperto il 90 % dei costi dovuti a malattia, non oltre 5'000.- fr. per anno civile, per mezzi ausiliari e apparecchi prescritti da un medico, in grado di favorire la guarigione o attenuare le conseguenze di un handicap fisico, sempre che non si tratti di una prestazione obbligatoria ai sensi della LAMal e che i costi non siano già coperti dall'assicurazione invalidità.

<sup>3</sup> Per occhiali e lenti a contatto prescritti da un medico sono rimborsati 200.- fr. al massimo per un periodo di 720 giorni, sempre che non si tratti di prestazioni assicurate ai sensi della LAMal.

#### Art. 14 Cure balneari e di convalescenza

Dietro prescrizione medica sono rimborsati, per un massimo di 30 giorni per anno civile, 45.- fr. al giorno per i costi di cure balneari e di convalescenza in stabilimenti riconosciuti e sotto sorveglianza medica (compresi Abano e Montegrotto nonché il Mar Morto per il trattamento della psoriasi).

#### Art. 15 Spese di trasporto e di salvataggio

<sup>1</sup> Se comprovati, i seguenti costi sono rimborsati al 90 %:

- a) trasporto in ospedale in caso di malattia acuta o se 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.

<sup>2</sup> Le prestazioni di cui al cpv. 1 lett. a) e b) sono limitate a 20'000.- fr. per anno civile. La prestazione di cui al cpv. 1 lett. c) è limitata a 10'000.- fr.

#### Art. 16 Spese di viaggio

<sup>1</sup> Per anno civile è rimborsato il 75 % dei costi comprovati, per un importo massimo di 1'000.- fr.

<sup>2</sup> Le spese di viaggio sono rimborsate solamente se sostenute alla fine di una cura ospedaliera prescritta da un medico.

<sup>3</sup> Il rimborso è calcolato sulla base delle tariffe dei mezzi di trasporto pubblici.

<sup>4</sup> Le spese per altri mezzi di trasporto sono rimborsate solo nel caso in cui l'uso dei mezzi di trasporto pubblici non sia ragionevolmente esigibile.

#### Art. 17 Aiuto domestico

<sup>1</sup> Se, su prescrizione medica legata a un'incapacità al lavoro completa, l'assicurato ha bisogno, tenuto conto del suo stato di salute e della sua situazione familiare, di un aiuto domestico, l'assicurazione rimborsa il 90 % delle spese provatamente sostenute a questo scopo, per un importo massimo di 800.- fr. per anno civile. La tariffa giornaliera non deve superare 80.- fr.

<sup>2</sup> Per aiuto domestico si intende la persona che, lavorando in proprio o per conto di un'organizzazione, si occupa dell'economia domestica dell'assicurato in sua vece.

<sup>3</sup> È riconosciuto quale aiuto domestico anche chi si occupa dell'economia domestica in vece della persona malata, subendo in tal modo una perdita comprovata di guadagno nella sua attività professionale.

<sup>4</sup> In caso di degenza presso un ospedale, una casa di cura o un istituto analogo non sono riconosciute prestazioni per aiuto domestico.

#### Art. 18 Prestazioni all'estero

<sup>1</sup> A integrazione delle prestazioni ai sensi della LAMal, in caso di emergenza all'estero sono coperti i costi per trattamenti ambulatoriali o cure

ospedaliere scientificamente riconosciuti e appropriati, nonché le spese di trasporto e di salvataggio.

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

<sup>3</sup> I costi di rimpatrio sono assunti solo se Assicurazioni Agrisano SA ha previamente accettato di farsi garante dei costi.

<sup>4</sup> In caso di sinistro lo stipulante o l'assicurato ha l'obbligo di informare immediatamente Assicurazioni Agrisano SA.

<sup>5</sup> Le prestazioni complementari non superano i 50'000.- fr. per anno civile. In caso di degenza in un ospedale per malattie acute è corrisposto un importo giornaliero massimo di 1'000.- fr.

<sup>6</sup> Non è fornita alcuna prestazione se l'assicurato si reca all'estero per sottoporsi a una cura.

#### Art. 19 Medicina complementare

<sup>1</sup> Assicurazioni Agrisano SA accorda in misura limitata prestazioni per trattamenti ambulatoriali eseguiti secondo i metodi terapeutici della medicina complementare.

<sup>2</sup> Se una malattia è già stata trattata dalla medicina tradizionale, nel senso della medicina classica di cui si fanno carico le casse malati conformemente alla LAMal, non è accordata alcuna prestazione nel campo della medicina complementare.

<sup>3</sup> Le prestazioni fornite nel campo della medicina complementare comprendono omeopatia, fitoterapia, agopuntura, agopressione, chinesio-logia e massaggio terapeutico tradizionale (escluso il massaggio plantorifles-sogeno).

<sup>4</sup> In casi eccezionali Assicurazioni Agrisano SA si riserva la facoltà di riconoscere parzialmente o integralmente altre cure o metodi di trattamento.

<sup>5</sup> Le prestazioni sono rimborsate a condizione di essere state prescritte e effettuate da un medico, da un medico naturalista autorizzato dal Cantone o da un fornitore di prestazioni riconosciuto da Assicurazioni Agrisano SA.

<sup>6</sup> Assicurazioni Agrisano SA rimborsa il 90 % dei costi per metodi di trattamento e il 50 % dei costi per medicinali, farmaci e prodotti necessari a questi metodi di trattamento. I metodi di trattamento di cui al cpv. 4 possono essere rimborsati in misura ridotta.

<sup>7</sup> Assicurazioni Agrisano SA tiene un elenco del personale medico autorizzato a esercitare la medicina complementare, dei metodi di trattamento riconosciuti nonché dei relativi tassi di rimborso.

<sup>8</sup> Le prestazioni sono coperte nella misura di 2'000.- fr. complessivi per anno civile.

<sup>9</sup> La fattura deve specificare chiaramente diagnosi, metodi e durata del trattamento. In mancanza di tali dati, non vi è alcun diritto alle prestazioni. Se vi sono accordi tariffali e contrattuali, i rimborsi delle prestazioni sono calcolati su questa base. Non sono riconosciute tariffe orarie superiori a 120.- fr.

<sup>10</sup> I trattamenti eseguiti all'estero non sono rimborsati.

### IV. DISPOSIZIONI FINALI

#### Art. 20 Rapporto con le condizioni generali d'assicurazione (LCA)

Se le presenti condizioni complementari (CC) non prevedono altrimenti, si applicano per analogia le condizioni generali d'assicurazione (CGA) di Assicurazioni Agrisano SA.

# CONDIZIONI COMPLEMENTARI AGRI-natura

Le designazioni di persone valgono parimenti per entrambi i sessi.

## I. DISPOSIZIONI GENERALI

### Art. 1 Scopo

<sup>1</sup> Assicurazioni Agrisano SA accorda prestazioni estese per trattamenti eseguiti secondo i metodi terapeutici della medicina complementare.

<sup>2</sup> Se una malattia è già stata trattata dalla medicina tradizionale, nel senso della medicina classica di cui si fanno carico le casse malati conformemente alla legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal), non è accordata alcuna prestazione nel campo della medicina complementare.

## II. PREMI

### Art. 2 Categorie di premi

Le categorie di premi sono le seguenti:

- a) 10 fino a 10 anni d'età compiuti
- b) 18 fino a 18 anni d'età compiuti
- c) 25 fino a 25 anni d'età compiuti
- d) 30 fino a 30 anni d'età compiuti
- e) 35 fino a 35 anni d'età compiuti
- f) 40 fino a 40 anni d'età compiuti
- g) 45 fino a 45 anni d'età compiuti
- h) 50 fino a 50 anni d'età compiuti
- i) 55 fino a 55 anni d'età compiuti
- j) 60 fino a 60 anni d'età compiuti
- k) 65 fino a 65 anni d'età compiuti
- l) 70 oltre 65 anni d'età compiuti

## III. PRESTAZIONI

### Art. 3 Campo delle prestazioni

<sup>1</sup> Assicurazioni Agrisano SA accorda prestazioni per trattamenti ambulatoriali eseguiti secondo i metodi terapeutici della medicina complementare.

<sup>2</sup> Sono dedotte le prestazioni nell'ambito della medicina complementare coperte dalla categoria assicurativa AGRI-speciale.

<sup>3</sup> Non vi è alcun diritto a prestazioni per le seguenti forme di trattamento: astrologia, pranoterapia, ipnosi, pendolino, guarigione spirituale, guarigione a distanza, magnetoterapia.

<sup>4</sup> In singoli casi, Assicurazioni Agrisano SA si riserva la facoltà di decidere, considerata la formazione professionale del fornitore di prestazioni, se un trattamento può dare diritto a prestazioni.

### Art. 4 Requisiti dei fornitori di prestazioni

<sup>1</sup> Per essere rimborsate, le prestazioni devono essere fornite da una persona abilitata all'esercizio di una professione, anche una professione ausiliaria, nel campo della medicina complementare.

<sup>2</sup> Assicurazioni Agrisano SA tiene un elenco del personale medico autorizzato a esercitare la medicina complementare.

<sup>3</sup> Le prestazioni fornite nei paesi confinanti da persone con requisiti uguali o analoghi ai fornitori operanti in Svizzera sono rimborsate alle stesse condizioni vigenti in Svizzera.

<sup>4</sup> La fattura deve specificare chiaramente diagnosi, metodi e durata del trattamento. Se vi sono accordi tariffali e contrattuali, i rimborsi delle prestazioni sono calcolati su questa base. Non sono riconosciute tariffe orarie superiori a 120.- fr.

<sup>5</sup> L'assicurazione AGRI-natura deve essere stipulata per la durata minima di un anno.

### Art. 5 Entità delle prestazioni

<sup>1</sup> Assicurazioni Agrisano SA rimborsa il 90 % dei costi per metodi di trattamento e il 50 % dei costi per medicinali, farmaci e prodotti necessari a questi metodi di trattamento.

<sup>2</sup> Le prestazioni sono coperte nella misura di 5'000.- fr. complessivi per anno civile.

## IV. DISPOSIZIONI FINALI

### Art. 6 Rapporto con le condizioni generali d'assicurazione (LCA)

Se le presenti condizioni complementari (CC) non prevedono altrimenti, si applicano per analogia le condizioni generali d'assicurazione (CGA) di Assicurazioni Agrisano SA.

# CONDIZIONI COMPLEMENTARI AGRI-dental

Le designazioni di persone valgono parimenti per entrambi i sessi.

## I. DISPOSIZIONI GENERALI

### Art. 1 Assicurazione complementare

<sup>1</sup> AGRI-dental è un'assicurazione complementare all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).

<sup>2</sup> AGRI-dental implica la copertura assicurativa AGRI-speciale. Se non vi è già una copertura AGRI-speciale non è possibile stipulare una copertura AGRI-dental. Se cessa la copertura AGRI-speciale, cessa anche la copertura AGRI-dental.

## II. PREMI

### Art. 2 Categorie di premi

Le categorie di premi sono le seguenti:

- a) 10 fino a 10 anni compiuti
- b) 18 fino a 18 anni compiuti
- c) 25 fino a 25 anni compiuti
- d) 30 fino a 30 anni compiuti
- e) 35 fino a 35 anni compiuti
- f) 40 fino a 40 anni compiuti
- g) 45 fino a 45 anni compiuti
- h) 50 fino a 50 anni compiuti
- i) 55 fino a 55 anni compiuti
- j) 60 fino a 60 anni compiuti
- k) 65 fino a 65 anni compiuti
- l) 70 oltre 65 anni compiuti

## III. INIZIO E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

### Art. 3 Inizio e durata dell'assicurazione

<sup>1</sup> A complemento delle disposizioni di cui agli articoli 7-11 delle condizioni generali d'assicurazione (CGA) ai sensi della LCA, i neonati hanno diritto a un'adesione senza riserve sin dal giorno della nascita.

<sup>2</sup> È possibile stipulare un contratto fino al compimento del 55° anno d'età.

## IV. PRESTAZIONI

### Art. 4 Fornitori di prestazioni

Sono considerati fornitori di prestazioni i medici dentisti riconosciuti conformemente alla LAMal oppure titolari di un'autorizzazione di esercizio in un paese confinante con la Svizzera.

### Art. 5 Entità delle prestazioni

<sup>1</sup> Le prestazioni di AGRI-dental sono accordate in seguito ad altre prestazioni dentarie coperte da Assicurazioni Agrisano SA e a prestazioni coperte da altre assicurazioni sociali (ad es. LAMal, LAINF, AI, AM).

<sup>2</sup> AGRI-dental rimborsa trattamenti e interventi dentistici fino all'importo per anno civile e all'aliquota percentuale stabiliti nella polizza.

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

<sup>4</sup> Non sono assicurate le prestazioni dovute all'inosservanza delle prescrizioni del fornitore da parte dell'assicurato o a una notifica ingiustificatamente ritardata dell'evento.

### Art. 6 Periodi d'attesa

<sup>1</sup> Per trattamenti di profilassi (ad es. igiene dentale) vige un periodo d'attesa di sei mesi assicurativi.

<sup>2</sup> Per tutti i restanti trattamenti e interventi vige un periodo d'attesa di dodici mesi assicurativi.

### Art. 7 Esercizio dei diritti

<sup>1</sup> Per l'esercizio dei diritti occorre presentare spontaneamente ad Assicurazioni Agrisano SA i giustificativi originali e, se necessario, i referti che motivano la prestazione.

<sup>2</sup> Condizione per ottenere il rimborso è la presentazione di una fatturazione ai sensi della LAMal, conforme alle tariffe e al contratto. In mancanza di tale fattura, Assicurazioni Agrisano SA può ridurre o rifiutare il rimborso.

<sup>3</sup> Debitore dell'onorario al fornitore di prestazioni è l'assicurato o il suo rappresentante legale. Assicurazioni Agrisano SA rimborsa le prestazioni esclusivamente all'assicurato o al suo rappresentante legale.

<sup>4</sup> I giustificativi di rimborso non possono riferirsi a una durata di trattamento superiore a sei mesi.

<sup>5</sup> Se il contratto giunge a termine, la richiesta concernente tutte le coperture alle quali l'assicurato ha diritto deve pervenire ad Assicurazioni Agrisano SA entro sei mesi.

<sup>6</sup> Se i termini di cui ai capoversi 4 e 5 non sono rispettati, non vi è alcun diritto alle prestazioni.

## V. DISPOSIZIONI FINALI

### Art. 8 Rapporto con le condizioni generali d'assicurazione (LCA)

Se le presenti condizioni complementari (CC) non prevedono altrimenti, si applicano per analogia le condizioni generali d'assicurazione (CGA) di Assicurazioni Agrisano SA.

# CONDIZIONI COMPLEMENTARI AGRI-revenu (indennità giornaliera nel settore agricolo)

Le designazioni di persone valgono parimenti per entrambi i sessi.

## I. DISPOSIZIONI GENERALI

### Art. 1 Scopo e basi giuridiche

<sup>1</sup> Con AGRI-revenu, le persone attive nell'agricoltura possono stipulare un'assicurazione d'indennità giornaliera come assicurazione contro i danni dovuti a un'incapacità lavorativa provocata da malattia, infortunio o maternità.

<sup>2</sup> A complemento delle presenti condizioni complementari (CC), valgono le condizioni generali d'assicurazione (CGA) di Assicurazioni Agrisano SA e la legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

## II. INIZIO, FINE E SOSPENSIONE DELL'ASSICURAZIONE

### Art. 2 Adesione

Può aderire a AGRI-revenu chi lavora nel settore agricolo in Svizzera, a condizione di essere completamente abile al lavoro, domiciliato o attivo professionalmente nel territorio sul quale Assicurazioni Agrisano SA svolge le sue attività, avere compiuto 15 anni e non avere ancora raggiunto l'età ordinaria di pensionamento AVS.

### Art. 3 Inizio

È possibile aderire a AGRI-revenu dal primo giorno di ogni mese.

### Art. 4 Verifica dello stato di salute e copertura provvisoria

<sup>1</sup> Al momento di aderire all'assicurazione o di estendere la copertura assicurativa è eseguita una verifica dello stato di salute. Il proponente è tenuto a compilare in modo esauriente e veritiero il formulario previsto a questo scopo da Assicurazioni Agrisano SA. Egli è inoltre tenuto a presentare le indicazioni complementari o i documenti medici eventualmente richiesti.

<sup>2</sup> Assicurazioni Agrisano SA ha diritto di porre sotto riserva alcune malattie o conseguenze d'infortunio o di rifiutare completamente la proposta di assicurazione.

<sup>3</sup> Se Assicurazioni Agrisano SA pone una riserva, l'assicurato può, al più presto dopo due anni, chiedere un accertamento a proprie spese.

<sup>4</sup> La copertura assicurativa è provvisoria per ogni assicurato dalla data indicata nel modulo di proposta fino alla consegna della polizza assicurativa. Se un caso assicurato si verifica in questo periodo, non vi è alcun diritto alle prestazioni se dalla documentazione che deve essere fornita emerge che il caso assicurato è riconducibile a una malattia, un infortunio o a sue conseguenze già verificatisi o in corso prima dell'inizio della copertura provvisoria.

### Art. 5 Reticenza

<sup>1</sup> In caso di reticenza da parte dell'assicurato, Assicurazioni Agrisano SA ha diritto di disdire il contratto entro quattro settimane dal momento in cui ha accertato la reticenza.

<sup>2</sup> Si applicano inoltre le relative disposizioni della LCA.

### Art. 6 Fine / Riduzione dell'indennità giornaliera

<sup>1</sup> Oltre ai motivi per porre termine all'assicurazione che figurano nelle CGA, AGRI-revenu cessa normalmente anche in caso di:

- passaggio all'età di pensionamento AVS;
- trasferimento all'estero;
- disdetta del contratto o decesso;
- esaurimento del diritto a prestazioni;
- esclusione dall'assicurazione.

<sup>2</sup> L'assicurato può esigere, con un preavviso di tre mesi, una riduzione dell'indennità giornaliera assicurata per la fine di un mese.

### Art. 7 Frode

Se l'assicurato si comporta in modo illecito o intollerabile, il rapporto assicurativo può essere sciolto con effetto immediato, dopo la comminazione di sanzioni. Il comportamento dell'assicurato è considerato illecito o intollerabile, se egli:

- non ha compilato in modo veritiero la proposta di adesione all'assicurazione (art. 6 LCA);
- ha ripetutamente rifiutato o gravemente violato le prescrizioni di Assicurazioni Agrisano SA o del medico;
- è in ritardo con il pagamento dei premi e non ha risposto entro un mese a un'intimazione di pagamento con la minaccia di scioglimento dell'assicurazione;
- si è reso responsabile di azioni che hanno permesso di, o erano intese a, perpetrare una frode assicurativa.

### Art. 8 Sospensione

<sup>1</sup> Contro un premio di rischio pari al 10 % del premio ordinario, per un importo minimo mensile di 10.- fr., la copertura AGRI-revenu può essere sospesa per un massimo di cinque anni, nei seguenti casi:

- affiliazione obbligatoria a un'assicurazione equivalente;
- servizio militare o civile per un periodo complessivo di oltre due mesi completi e consecutivi;
- soggiorno all'estero superiore a 60 giorni.

<sup>2</sup> Il diritto al premio ridotto è dato solo per il periodo di sospensione. La sospensione deve essere richiesta in anticipo, per iscritto.

<sup>3</sup> Dopo cinque anni di sospensione l'assicurazione prende fine.

<sup>4</sup> Se i presupposti per la sospensione vengono meno, l'assicurato è tenuto a comunicarlo e motivarlo per iscritto ad Assicurazioni Agrisano SA. La copertura AGRI-revenu è riattivata quando la notifica giunge ad Assicurazioni Agrisano SA.

## III. OFFERTA ASSICURATIVA

### Art. 9 Offerta assicurativa

<sup>1</sup> L'indennità giornaliera per malattia e infortunio ammonta complessivamente ad almeno 30.- fr. Il rischio infortunio deve essere incluso.

<sup>2</sup> I periodi d'attesa sono, a scelta, i seguenti:

- 14 giorni
- 30 giorni
- 60 giorni

<sup>3</sup> È possibile combinare i diversi periodi d'attesa.

<sup>4</sup> L'assicurato può convertire l'assicurazione d'indennità giornaliera, a parità di premi, in una diversa variante di assicurazione d'indennità giornaliera a condizione che non sia ancora stata versata o non si preveda di versare alcuna indennità giornaliera. Il risultato è un'indennità superiore, per la quale vale l'assegnazione al gruppo d'età dell'indennità da convertire. Assicurazioni Agrisano SA si riserva la facoltà di valutare il rischio e di applicare riserve ai sensi dell'art. 4.

## IV. PREMI

### Art. 10 Categorie di premi

<sup>1</sup> Le categorie di premi sono le seguenti:

- |    |    |                               |
|----|----|-------------------------------|
| a) | 18 | fino a 18 anni d'età compiuti |
| b) | 25 | fino a 25 anni d'età compiuti |
| c) | 30 | fino a 30 anni d'età compiuti |
| d) | 35 | fino a 35 anni d'età compiuti |
| e) | 40 | fino a 40 anni d'età compiuti |
| f) | 45 | fino a 45 anni d'età compiuti |
| g) | 50 | fino a 50 anni d'età compiuti |
| h) | 55 | fino a 55 anni d'età compiuti |
| i) | 60 | fino a 60 anni d'età compiuti |
| j) | 65 | oltre 60 anni d'età compiuti  |

<sup>2</sup> Dopo il compimento del 18° anno d'età, gli assicurati della categoria 18 sono assegnati alla categoria 25; dopo il compimento del 25° anno d'età gli assicurati della categoria 25 sono assegnati alla categoria 30. In seguito gli assicurati rimangono nella loro categoria di premi.

<sup>3</sup> Il cambio avviene sempre all'inizio dell'anno civile successivo.

<sup>4</sup> In caso di nuova assicurazione o di copertura più estesa dopo 30 anni di età, per le nuove prestazioni accordate l'assicurato è assegnato alla categoria di premi in funzione della sua età effettiva d'entrata al momento dell'inizio dell'assicurazione più elevata.

#### Art. 11 Entità dei premi e loro versamento

- <sup>1</sup> I premi per AGRI-revenu sono fissati dal Consiglio d'amministrazione.
- <sup>2</sup> I premi possono essere graduati per categoria e per regione.
- <sup>3</sup> L'assicurato è tenuto a pagare i premi in anticipo, a scadenza mensile, sia per i giorni di salute sia per i giorni di malattia.
- <sup>4</sup> Per la fissazione e l'adeguamento dei premi, il loro versamento e gli eventuali ritardi di pagamento si applicano le CGA.

## V. PRESTAZIONI

#### Art. 12 Condizioni per le prestazioni

- <sup>1</sup> Il diritto alle prestazioni è dato quando l'incapacità al lavoro è attestata dal medico curante o dal chiropratico, è reale e ammonta almeno al 50 %.
- <sup>2</sup> Il diritto all'indennità giornaliera è dato solo a condizione che l'assicurato non tragga alcun guadagno assicurativo (sovraindennizzo).
- <sup>3</sup> In caso di malattia, infortunio e maternità la durata del diritto è calcolata separatamente.

#### Art. 13 Entità delle prestazioni

- <sup>1</sup> Le prestazioni sono commisurate in base alla copertura assicurativa concordata, alle CGA e alle presenti CC.
- <sup>2</sup> In caso di incapacità parziale al lavoro, del 50 % almeno, la prestazione è corrisposta in base al grado di incapacità al lavoro.
- <sup>3</sup> In caso di incapacità al lavoro durante un soggiorno all'estero, la prestazione è corrisposta solo per la durata di una degenza ospedaliera.

#### Art. 14 Entità delle prestazioni in caso di maternità

- <sup>1</sup> Fatti salvi i casi di sovraindennizzo, l'assicurata ha diritto a un'indennità giornaliera per maternità di 70 giorni al massimo. Il periodo d'attesa è incluso.
- <sup>2</sup> Se tra l'inizio dell'assicurazione e il parto trascorrono più di 365 giorni, è corrisposta l'intera indennità giornaliera per maternità.
- <sup>3</sup> Se tra l'inizio dell'assicurazione e il parto trascorre un periodo compreso tra 364 e 210 giorni, è corrisposta la metà dell'indennità giornaliera per maternità.
- <sup>4</sup> Se tra l'inizio dell'assicurazione e il parto trascorrono meno di 210 giorni, non vi è alcun diritto all'indennità giornaliera per maternità.
- <sup>5</sup> L'indennità giornaliera per maternità inizia 14 giorni prima del parto e termina, al più tardi, 56 giorni dopo.
- <sup>6</sup> L'indennità giornaliera per maternità è corrisposta se la gravidanza è durata almeno 26 settimane.
- <sup>7</sup> In caso di completa o parziale ripresa dell'attività lavorativa prima del 56° giorno seguente il parto, l'indennità giornaliera per maternità cessa con la ripresa completa o parziale dell'attività lavorativa.
- <sup>8</sup> Se la prestazione di maternità si accumula con un'indennità per maternità ai sensi della legge federale sulle indennità di perdita di guadagno (LIPG), la prestazione d'indennità giornaliera è corrisposta solo nella misura in cui non dia luogo a un sovraindennizzo.

#### Art. 15 Periodi d'attesa

- <sup>1</sup> Il diritto alla prestazione inizia alla scadenza del periodo d'attesa concordato nella polizza. Il periodo d'attesa inizia il primo giorno del periodo di incapacità al lavoro stabilita dal medico.
- <sup>2</sup> Per calcolare il compimento del periodo d'attesa sono cumulati i periodi di malattia e di infortunio superiori a otto giorni nell'arco di 365 giorni. I periodi di incapacità al lavoro più brevi non sono considerati. Il periodo d'attesa concordato è considerato una sola volta nell'arco di 365 giorni.
- <sup>3</sup> I giorni di incapacità parziale al lavoro, del 50 % almeno, sono considerati come giorni interi per il calcolo del periodo d'attesa.
- <sup>4</sup> Il periodo d'attesa è calcolato nella durata massima della prestazione.

#### Art. 16 Entità delle prestazioni in caso di malattia

- <sup>1</sup> La prestazione massima è di 730 indennità giornaliera. Dopo aver percepito la prestazione massima nel corso di 900 giorni consecutivi, il diritto si estingue.
- <sup>2</sup> La copertura AGRI-revenu cessa una volta versata la prestazione massima.

<sup>3</sup> In caso di incapacità parziale al lavoro è corrisposta un'indennità giornaliera ridotta proporzionalmente.

<sup>4</sup> L'indennità giornaliera che, in caso di incapacità parziale al lavoro, è corrisposta in misura limitata oppure è ridotta in seguito a sovrassicurazione, è considerata, rispetto al calcolo della durata massima della prestazione, come indennità giornaliera intera.

#### Art. 17 Entità delle prestazioni in caso d'infortunio

- <sup>1</sup> Il diritto alle prestazioni si estingue dopo il versamento di 730 indennità giornaliera al massimo nel corso di 900 giorni consecutivi.
- <sup>2</sup> La copertura AGRI-revenu cessa una volta versata la prestazione massima.
- <sup>3</sup> In caso di incapacità parziale al lavoro è corrisposta un'indennità giornaliera ridotta proporzionalmente.
- <sup>4</sup> L'indennità giornaliera che, in caso di incapacità parziale al lavoro, è corrisposta in misura limitata oppure è ridotta in seguito a sovrassicurazione, è considerata, rispetto al calcolo della durata massima della prestazione, come indennità giornaliera intera.

#### Art. 18 Concorso di prestazioni in caso di malattia, infortunio o maternità

- <sup>1</sup> Se vi è concorso di prestazioni, è versata al massimo solo l'indennità giornaliera assicurata.
- <sup>2</sup> Il diritto di prestazione per maternità ha la precedenza su tutti gli altri diritti.
- <sup>3</sup> Se un diritto alle prestazioni per malattia cessa dopo la prestazione massima di 730 giorni e, nel contempo, sussiste ancora il diritto a prestazioni d'indennità giornaliera per infortunio nella misura della capacità lavorativa esistente, questo secondo diritto è preservato nella misura della durata massima prevista per le indennità giornaliera per infortunio. L'esaurimento del diritto alle prestazioni non comporta una modifica del premio.
- <sup>4</sup> Se un diritto alle prestazioni per infortunio cessa dopo la prestazione massima di 730 giorni e, nel contempo, sussiste ancora il diritto a prestazioni d'indennità giornaliera per malattia nella misura della capacità lavorativa esistente, questo secondo diritto è preservato nella misura della durata massima prevista per l'indennità giornaliera per malattia. L'esaurimento del diritto alle prestazioni non comporta una modifica del premio.

#### Art. 19 Rinuncia alle prestazioni d'indennità giornaliera

Se l'assicurato o il suo datore di lavoro, allo scopo di evitare il raggiungimento della prestazione massima, non fa valere le prestazioni d'indennità giornaliera, esse sono calcolate nella durata massima della prestazione come se fossero state percepite.

#### Art. 20 Età AVS

- <sup>1</sup> AGRI-revenu cessa alla fine del mese in cui l'assicurato raggiunge l'età ordinaria di pensionamento (età AVS).
- <sup>2</sup> L'assicurato che prosegue l'attività lucrativa dopo aver raggiunto l'età AVS, può chiedere di continuare l'assicurazione per un massimo di 50.- fr. al giorno. Non si tratta di un diritto vincolante.
- <sup>3</sup> Chi chiede di continuare l'assicurazione è tenuto a compilare in modo esauriente il formulario previsto a questo scopo da Assicurazioni Agrisano SA e inoltrarlo al più tardi durante il mese che precede il raggiungimento dell'età AVS.
- <sup>4</sup> L'assicurazione che continua dopo il raggiungimento dell'età AVS non è protratta oltre il compimento del 70° anno d'età. In deroga alla loro entità abituale, le prestazioni d'indennità giornaliera sono corrisposte durante 180 giorni al massimo. Il periodo d'attesa è calcolato nella durata massima della prestazione.

## VI. AUMENTO DELLE SOMME ASSICURATE

#### Art. 21 Aumento automatico delle somme assicurate

- <sup>1</sup> Di norma ogni due anni, Assicurazioni Agrisano SA adegua all'evoluzione dei prezzi e dei salari l'indennità giornaliera destinata alle persone assicurate di età compresa tra 25 anni compiuti e 55 anni compiuti, rispettando la suddivisione secondo le fasce d'età.
- <sup>2</sup> Sono esclusi dalla copertura più elevata gli assicurati che ricevono già una prestazione o che hanno diritto di riceverne una.
- <sup>3</sup> Assicurazioni Agrisano SA comunica per iscritto all'assicurato l'aumento dell'indennità giornaliera.
- <sup>4</sup> L'assicurato ha diritto di opporsi all'aumento dell'indennità giornaliera. L'opposizione deve essere notificata per iscritto e giungere ad Assicurazioni Agrisano SA entro 30 giorni dalla data in cui l'assicurato ha ricevuto la comunicazione di Assicurazioni Agrisano SA.

<sup>5</sup> Se l'assicurato rifiuta l'adeguamento dell'indennità giornaliera, un eventuale aumento dell'indennità giornaliera richiesto in seguito è trattato secondo le disposizioni ordinarie.

<sup>6</sup> Se, sulla base delle disposizioni di cui sopra, l'indennità giornaliera è aumentata a favore di una persona che, a posteriori, non risulta legittimata poiché beneficiaria di una prestazione non ancora notificata e corrisposta, Assicurazioni Agrisano SA può revocare la decisione di aumento.

## VII. SOVRAINDENNIZZO

### Art. 22 Sovraindennizzo / Guadagno assicurativo

<sup>1</sup> Il diritto a prestazioni AGRI-revenu è dato solo a condizione che l'assicurato non tragga alcun guadagno assicurativo (sovraindennizzo).

<sup>2</sup> Per il calcolo del sovraindennizzo sono contate le prestazioni di altri assicuratori secondo la disposizione dell'art. 35 CGA.

<sup>3</sup> Un guadagno assicurativo è dato quando, in caso di prestazione, la situazione economica dell'assicurato migliora. Determinanti per il calcolo sono i 36 mesi che precedono l'inizio dell'incapacità al lavoro.

<sup>4</sup> Un miglioramento della situazione economica è dato quando il reddito garantito dalle prestazioni d'indennità giornaliera dovute a incapacità al lavoro è più elevato rispetto al reddito ottenuto in precedenza. Si tiene conto dei costi che, provatamente, devono essere assunti per terzi a causa dell'incapacità al lavoro (ad es. spese per aiutanti nell'azienda o costi salariali).

<sup>5</sup> L'indennità giornaliera dell'assicurato per il quale essa comporta un miglioramento della situazione economica ai sensi del cpv. 4 è ridotta in misura da annullare tale effetto. L'indennità giornaliera ammonta tuttavia almeno a 30.- fr.

### Art. 23 Rapporti con altri assicuratori

In caso di eventuale sovraindennizzo le prestazioni AGRI-revenu sono versate solo dopo le prestazioni delle seguenti assicurazioni:

- a) IPG (legge federale sulle indennità di perdita di guadagno);
- b) AVS (legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti);
- c) AI (legge federale sull'assicurazione per l'invalidità);
- d) AM (legge federale sull'assicurazione militare);
- e) AINF (legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni);
- f) altre assicurazioni di previdenza sociale sempre che non esistano disposizioni legali di coordinazione;
- g) responsabilità civile nei confronti di terzi.

### Art. 24 Restituzione e cessione di prestazioni

<sup>1</sup> Se un'assicurazione sociale è tenuta ad accordare prestazioni, Assicurazioni Agrisano SA è autorizzata a esigere direttamente presso tale assicurazione il rimborso delle prestazioni accordate in anticipo. L'importo del rimborso è calcolato in funzione dell'entità del sovraindennizzo.

<sup>2</sup> Se Assicurazioni Agrisano SA si avvale di un terzo responsabile o del suo assicuratore di responsabilità civile, l'assicurato le cede i suoi diritti nell'ambito delle prestazioni corrisposte.

## VIII. OBBLIGHI DELL'ASSICURATO / COMUNICAZIONI

### Art. 25 Obbligo di notificare

<sup>1</sup> Il diritto all'indennità giornaliera deve essere notificato ad Assicurazioni Agrisano SA entro dieci giorni dalla data in cui si è verificato l'evento coperto dalla prestazione. L'obbligo di notificare vale indipendentemente dal periodo d'attesa concordato.

<sup>2</sup> Se Assicurazioni Agrisano SA chiede la presentazione di un formulario di notifica in vista del versamento di indennità giornaliere, compilato in modo esauriente, l'assicurato è responsabile dell'inoltro nei termini convenuti.

<sup>3</sup> In caso di diritto a un'indennità giornaliera per infortunio, il formulario di notifica messo a disposizione deve essere ritornato ad Assicurazioni Agrisano SA entro dieci giorni, compilato in modo esauriente.

<sup>4</sup> Se l'obbligo di notificare è violato senza motivazioni sufficienti o in modo ingiustificato, in linea di massima Assicurazioni Agrisano SA non accorda alcuna prestazione o accorda solo prestazioni ridotte.

<sup>5</sup> L'assicurato è tenuto a notificare immediatamente ad Assicurazioni Agrisano SA la fine dell'incapacità al lavoro.

<sup>6</sup> È vietato retrodatare certificati medici e notifiche di malattia o infortunio, come pure aumentare retroattivamente l'incapacità al lavoro per ottenere prestazioni d'indennità giornaliera.

### Art. 26 Obbligo di informare

<sup>1</sup> L'assicurato mette a disposizione di Assicurazioni Agrisano SA tutte le informazioni necessarie per valutare e commisurare il suo diritto a prestazioni d'indennità giornaliera.

<sup>2</sup> Assicurazioni Agrisano SA ha diritto di verificare in ogni caso l'incapacità al lavoro, come pure la perdita di guadagno non coperta e, se del caso, di adottare provvedimenti di controllo adeguati.

<sup>3</sup> Se dai documenti forniti non è possibile dedurre in modo convincente il legittimo diritto a un'indennità giornaliera, Assicurazioni Agrisano SA può convocare l'assicurato e, a sue spese, ordinare un esame presso un medico di sua scelta.

## IX. VARIE E DISPOSIZIONI FINALI

### Art. 27 Rimborso

L'assicurato è tenuto a rimborsare ad Assicurazioni Agrisano SA le prestazioni percepite erroneamente o indebitamente.

### Art. 28 Partecipazione alle eccedenze

Sempre che il risultato contabile e la solvibilità consentano una partecipazione alle eccedenze, Assicurazioni Agrisano SA può corrisponderla, in particolare agli assicurati che vi hanno contribuito.



# CONDIZIONI COMPLEMENTARI ASSICURAZIONE D'INDENNITÀ GIORNALIERA

Le designazioni di persone valgono parimenti per entrambi i sessi.

## I. DISPOSIZIONI GENERALI

### Art. 1 Scopo

<sup>1</sup> L'assicurazione d'indennità giornaliera accorda prestazioni per incapacità al lavoro in caso di malattia e infortunio.

<sup>2</sup> Il rischio infortunio è coassicurato a scelta.

## II. PREMI

### Art. 2 Categorie di premi

<sup>1</sup> Le categorie di premi sono le seguenti:

- a) 18 fino a 18 anni d'età compiuti
- b) 25 fino a 25 anni d'età compiuti
- c) 30 fino a 30 anni d'età compiuti
- d) 35 fino a 35 anni d'età compiuti
- e) 40 fino a 40 anni d'età compiuti
- f) 45 fino a 45 anni d'età compiuti
- g) 50 fino a 50 anni d'età compiuti
- h) 55 fino a 55 anni d'età compiuti
- i) 60 fino a 60 anni d'età compiuti
- j) 65 oltre 60 anni d'età compiuti

<sup>2</sup> All'inizio dell'assicurazione, l'assicurato entra nel gruppo d'età corrispondente al suo e passa, dopo il compimento degli anni, nella categoria seguente.

## III. PRESTAZIONI

### Art. 3 Prestazioni offerte

<sup>1</sup> Il proponente può concordare un'indennità giornaliera compresa tra 10.- e 500.- fr.

<sup>2</sup> I periodi d'attesa sono, a scelta, i seguenti: 14, 30 e 60 giorni.

<sup>3</sup> È possibile combinare i diversi periodi d'attesa.

<sup>4</sup> A condizione che non sia ancora stata versata, o non si preveda di versare, alcuna indennità giornaliera, l'assicurazione d'indennità giornaliera può essere convertita, a parità di premi, in una diversa variante della stessa assicurazione. Assicurazioni Agrisano SA si riserva la facoltà di valutare il rischio e di applicare riserve.

### Art. 4 Condizioni per le prestazioni

<sup>1</sup> Il diritto alle prestazioni è dato quando l'incapacità al lavoro è attestata dal medico curante o dal chiropratico, è reale e ammonta almeno al 50%. Da un'incapacità lavorativa del 50% o maggiore, l'indennità giornaliera è corrisposta in base al grado d'incapacità lavorativa.

<sup>2</sup> Nel quadro del guadagno mancato, il diritto all'indennità giornaliera è dato solo a condizione che l'assicurato non tragga alcun guadagno assicurativo (sovraindennizzo).

<sup>3</sup> Per il calcolo del sovraindennizzo sono contate le prestazioni di altri assicuratori secondo la disposizione dell'art. 35 CGA.

<sup>4</sup> Un guadagno assicurativo è dato quando, in caso di prestazione, la situazione economica dell'assicurato migliora. Determinanti per il calcolo sono i 36 mesi che precedono l'inizio dell'incapacità al lavoro che dà diritto all'indennità giornaliera.

### Art. 5 Inizio delle prestazioni

<sup>1</sup> Per ogni caso deve essere portato a termine il periodo d'attesa.

<sup>2</sup> I giorni di incapacità parziale al lavoro, del 50% almeno, sono considerati come giorni interi per il calcolo del periodo d'attesa.

### Art. 6 Durata delle prestazioni

<sup>1</sup> L'indennità giornaliera è corrisposta per una o più malattie o, se così concordato, per uno o più infortuni unitamente, per un periodo massimo di 730 giorni compreso nell'arco di 900 giorni consecutivi.

<sup>2</sup> L'indennità giornaliera che, in caso di incapacità parziale al lavoro, è corrisposta in misura limitata oppure è ridotta in seguito a sovrassicurazione conformemente all'art. 4 cpv. 2, è considerata, rispetto al calcolo della durata massima della prestazione, come indennità giornaliera intera

<sup>3</sup> Il periodo d'attesa concordato è contato nel periodo di prestazione.

<sup>4</sup> Trascorsa la durata massima di 730 indennità giornaliera comprese nell'arco di 900 giorni consecutivi, l'assicurazione d'indennità giornaliera cessa.

<sup>5</sup> Se l'assicurato o il suo datore di lavoro, allo scopo di evitare il raggiungimento della prestazione massima, non fa valere le prestazioni d'indennità giornaliera, esse sono calcolate nella durata massima della prestazione come se fossero state percepite.

### Art. 7 Età AVS

L'assicurazione d'indennità giornaliera cessa alla fine del mese in cui l'assicurato raggiunge l'età ordinaria di pensionamento (età AVS).

## IV. DISPOSIZIONI FINALI

### Art. 8 Rapporto con le condizioni generali d'assicurazione (LCA)

Se le presenti condizioni complementari (CC) non prevedono altrimenti, si applicano per analogia le condizioni generali d'assicurazione (CGA) di Assicurazioni Agrisano SA.





# ASSICURAZIONE PER IL PERSONALE AUSILIARIO

Assicurazione contro gli infortuni della Fondazione Agrisano (di seguito Agrisano), Laurstrasse 10, 5200 Brugg, per il personale ausiliario non soggetto alla LAINF. L'assicuratore è SOLIDA Assicurazioni SA (di seguito Solida), Saumackerstr. 35, 8048 Zurigo.

Edizione 2012

## I. CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE (CGA)

Tutte le designazioni di persone utilizzate nel presente contratto sono applicabili per analogia a entrambi i sessi.

### 1 Ambito di applicazione

Le presenti CGA sono applicabili all'assicurazione contro gli infortuni del personale ausiliario non soggetto alla LAINF (Assicurazione per il personale ausiliario), stipulata tra SOLIDA e Agrisano tramite un contratto di assicurazione collettivo.

### 2 Assicuratore

L'assicuratore è SOLIDA.

### 3 Inizio e durata della copertura assicurativa

Assicurazione individuale

L'assicurazione individuale può essere stipulata da qualsiasi persona assicurata presso la Cassa malati Agrisano SA o le Assicurazioni Agrisano SA per l'inizio di ogni mese in abbinamento con un'altra assicurazione. La sola stipulazione dell'assicurazione individuale non è prevista. Il contratto è stipulato a tempo indeterminato. L'adesione all'Assicurazione per il personale ausiliario può essere disdetta dal contraente e da Agrisano al 30.6. o al 31.12 di ogni anno civile, con un termine di preavviso di tre mesi.

### Assicurazione per imprese

Le aziende agricole possono stipulare un'assicurazione per imprese per la loro attività anche se sono gestite in base alla forma giuridica di persona giuridica (cooperative, società anonime, Sagl, ecc.). L'adesione all'assicurazione è possibile per l'inizio di ogni mese. Il contratto è stipulato a tempo indeterminato. L'adesione all'Assicurazione per il personale ausiliario può essere disdetta dal contraente e da Agrisano al 30.6. o al 31.12 di ogni anno civile, con un termine di preavviso di 3 mesi.

### 4 Persone assicurate

L'assicurazione copre il personale ausiliario di qualsiasi età a condizione che non sia soggetto all'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni ai sensi della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni del 20.3.1981 (LAINF). In caso di dubbio circa l'assoggettamento sono determinanti le rispettive disposizioni della LAINF e dell'Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF). I familiari del contraente che vivono nella stessa azienda o nella stessa economia domestica non sono considerati collaboratori ausiliari e quindi non sono assicurati.

### 5 Diritto alle prestazioni

Sono coperti solo gli infortuni professionali, compreso il tragitto di lavoro. Ai fini della rispettiva delimitazione sono applicabili le disposizioni della LAINF in vigore al momento dell'infortunio. Le persone soggette alla LAINF non sono assicurate.

### 6 Esclusioni

Non sono assicurati gli infortuni in seguito a eventi bellici in Svizzera.

### 7 Prestazioni assicurative

#### 7.1 Spese di cura

SOLIDA si fa carico delle spese specificate di seguito nelle lettere da a) a c) per un importo illimitato, a condizione che siano generate entro cinque anni dal giorno dell'infortunio. Esse comprendono nella fattispecie:

a) le cure ambulatoriali prestate da un medico o da un odontoiatra e le terapie scientificamente riconosciute effettuate da personale paramedico su prescrizione di un medico. L'assicurazione non copre i costi supplementari riconducibili a richieste particolari dell'assicurato, p. es.

interventi particolarmente complessi e cari o di carattere puramente cosmetico; l'assicurazione si fa invece carico dei mezzi ausiliari di sostegno alla guarigione, come busti ortopedici e simili, tuttavia non dei costi per protesi;

- b) i medicinali prescritti dal medico o dall'odontoiatra;
- c) il trattamento, il vitto e l'alloggio nel reparto comune della struttura ospedaliera pubblica competente. Se per motivi medici un assicurato viene curato in una struttura ospedaliera pubblica che si trova al di fuori del suo cantone di domicilio, l'assicurazione si fa carico dei costi del reparto comune di detta struttura;
- d) le cure termali e complementari prescritte da un medico. I costi di trattamento vengono pagati interamente. Il contributo ai costi per il vitto e l'alloggio è di massimo CHF 50.- al giorno;
- e) le necessarie spese di viaggio, trasporto e salvataggio ammontano a massimo CHF 10'000.- per evento;
- f) il necessario trasporto della salma al luogo di sepoltura fino a massimo CHF 5'000.-.

Le prestazioni decadono nella misura in cui vengono assunte da un terzo civilmente responsabile.

#### 7.2 Indennità giornaliera infortuni

Se l'infortunio comporta un'incapacità lavorativa, durante il periodo di incapacità lavorativa attestata dal medico le persone che hanno già compiuto il 15° anno d'età hanno diritto a un'indennità giornaliera di CHF 50.-. L'indennità giornaliera decorre dal 15° giorno successivo al giorno dell'infortunio ed è limitata ai 720 giorni successivi al giorno dell'infortunio. L'indennità giornaliera viene versata integralmente o parzialmente, a dipendenza dell'entità dell'incapacità lavorativa. Se al momento dell'infortunio l'assicurato ha già superato il 65° anno di età, viene versata metà dell'indennità giornaliera. I ragazzi che al momento dell'infortunio non hanno ancora compiuto il 15° anno di età non ricevono alcuna indennità giornaliera.

#### 7.3 Capitale di invalidità

È assicurato un capitale di invalidità di CHF 50'000.- con progressione. Se entro cinque anni dal giorno dell'infortunio quest'ultimo ha come conseguenza un'invalidità verosimilmente permanente, ovvero un'invalidità a vita dal punto di vista medico-teorico, viene versato il capitale di invalidità, determinato in base al grado di invalidità e alla somma di assicurazione concordata. Non si tiene conto di un'incapacità di guadagno o di lavoro riconducibile a detto evento. Il capitale viene versato non appena il grado di invalidità può essere determinato in via definitiva. Solo l'assicurato ha diritto al capitale di invalidità, diritto che si estingue con il decesso dello stesso. Il grado di invalidità viene determinato in base ai seguenti principi: gradi di invalidità fissi in caso di perdita completa o incapacità funzionale completa:

100%	di entrambe le braccia o le mani, di entrambe le gambe o i piedi, di un braccio o di una mano e contemporaneamente di una gamba o di un piede
70%	di un braccio nella parte superiore
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 nella parte superiore
50%	di una gamba nell'articolazione del ginocchio o nella parte inferiore
40%	di un piede
100%	della capacità visiva di entrambi gli occhi
30%	della capacità visiva di un occhio
60%	dell'udito di entrambe le orecchie
15%	dell'udito di un orecchio

In caso di perdita solo parziale o di incapacità funzionale parziale è applicabile un grado di invalidità corrispondentemente più basso. In caso di perdita o incapacità funzionale contemporanee di più parti del corpo, in genere il grado di invalidità viene determinato tramite addizione dei tassi percentuali, senza tuttavia mai superare il 100%. Se le parti del corpo erano completamente o parzialmente perse o non funzionali già prima dell'infortunio, ai fini della determinazione del grado di invalidità viene detratto il

grado di invalidità già esistente, conformemente ai principi di cui sopra. Un aggravamento delle conseguenze dell'infortunio dovuto a già esistenti menomazioni fisiche non dà diritto a un'indennità più elevata rispetto al caso in cui l'infortunio concerne una persona senza pregiudizi fisici. Se non è possibile determinare il grado di invalidità in base alle indicazioni sopra citate, esso viene stabilito secondo le direttive applicabili per il calcolo dell'indennità per menomazione dell'integrità conformemente alla LAINF o alla OAINF. In particolare trovano applicazione le tabelle di "Indennità per menomazione dell'integrità a norma della LAINF" pubblicate dalla SUVA. Per disturbi psichici e neurologici, l'indennità per invalidità viene corrisposta solo a condizione che quest'ultima sia riconducibile ad un'affezione organica del sistema neurologico causata dall'infortunio. L'accertamento definitivo del grado di invalidità avviene solo sulla base delle presumibili condizioni permanenti riconosciute alla persona assicurata. Dopo cinque anni dall'infortunio o anche più tardi SOLIDA può tuttavia far accertare il grado d'invalidità in maniera esaustiva. In tale circostanza viene determinato il grado d'invalidità attuale al momento dell'accertamento. Non vengono presi in considerazione cambiamenti del grado di invalidità subentrati successivamente a tale accertamento, tra cui anche le ricadute e le conseguenze tardive. Dato che viene convenuta un'assicurazione di invalidità progressiva, l'indennità viene determinata come segue:

per la quota non eccedente il grado di invalidità del 25%, sulla base della somma di assicurazione semplice; per la quota corrispondente a un grado di invalidità compreso tra il 25% e il 50%, sulla base della somma di assicurazione triplicata; per la quota eccedente un grado di invalidità del 50%, sulla base della somma di assicurazione quintuplicata.

In caso di invalidità superiore al 25% i tassi di invalidità vengono di conseguenza aumentati come segue:

dal %	al %	dal %	al %	dal %	al %	dal %	al %
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 ha superato il 65° anno di età, l'assicurazione di invalidità progressiva non trova applicazione, ovvero l'indennità viene riconosciuta sulla base della somma assicurata semplice.

#### 7.4 Decesso

Il capitale di decesso ammonta a CHF 25'000.- per le persone che hanno già compiuto il 15° anno d'età; per le persone più giovani o quelle che al momento dell'infortunio che ha determinato il decesso hanno superato il 65° anno di età ammonta alla metà. Se una persona assicurata decede per le conseguenze di un infortunio assicurato, SOLIDA versa la somma di decesso alle seguenti persone aventi diritto, nell'ordine:

- al coniuge o al partner registrato;
- ai figli, ai figli adottivi e ai figliastri in parti uguali;
- ai genitori.

In mancanza dei superstiti sopra indicati, SOLIDA versa CHF 2'000.- quale contributo alle spese di sepoltura. Un eventuale capitale di invalidità precedentemente corrisposto viene dedotto dal capitale di decesso.

#### 8 Comportamento in caso di infortunio

##### a) Notifica di infortunio

Se si verifica un infortunio occorre inviare alla succursale regionale competente di Agrisano o alla sede principale di Agrisano, Laurstrasse 10, 5200 Brugg, una notifica di infortunio completata in ogni sua parte. In caso di decesso la notifica deve essere effettuata entro due giorni dall'infortunio (se necessario telefonicamente).

##### b) Trattamento dell'infortunio

Dopo un infortunio occorre consultare al più presto un medico abilitato per sottoporsi a cure adeguate. La persona assicurata o avente diritto è inoltre tenuta ad adottare ogni genere di provvedimento necessario a chiarire l'infortunio e le sue conseguenze. La persona assicurata è in particolar modo tenuta a esonerare i propri medici curanti dal segreto professionale nei confronti di SOLIDA e a permettere dei controlli da parte di medici incaricati da SOLIDA. In caso di decesso i superstiti aventi diritto sono tenuti a rilasciare l'autorizzazione all'esecuzione di un'autopsia se per il decesso risultino verosimili ulteriori cause oltre a quelle infortunistiche.

#### 9 Foro competente

In caso di controversie derivanti dalla presente assicurazione SOLIDA riconosce come foro competente il domicilio svizzero dell'assicurato o dell'avente diritto.

#### 10 Diritto applicabile

Sono inoltre applicabili le disposizioni della Legge federale sul contratto di assicurazione (LCA).

#### 11 Entrata in vigore

Le presenti CGA entrano in vigore il 1° gennaio 2013 per gli infortuni che si verificano a partire da tale data.

# ASSICURAZIONE INFORTUNI IN CASO DI MORTE E INVALIDITÀ (ADI)

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

Edizione 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 ultra-violetti, 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:

- si considera 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%
alquanto grave e dolorosa limitazione funzionale della colonna vertebrale	50%

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 ammonta 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

- a) verificatisi a seguito di guerre, guerre civili e/o situazioni di conflitto
    - in Svizzera, nel Principato del Liechtenstein e/o negli staticonfidenti,
    - 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;
  - b) sopravvenuti a causa di terremoti in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein;
  - c) intervenuti 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;
  - d) 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;
  - e) subiti a causa dell'influsso di radiazioni ionizzanti e da danni causati da radiazioni nucleari;
  - f) 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;
  - g) 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);
  - h) 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;
  - i) capitati come milite durante dei lanci con il paracadute;
  - j) in occasione di viaggi aerei civili, allorquando 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:
- a) 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;
  - b) i danni alla propria salute causati da una intenzionale assunzione o iniezione di farmaci, sostanze stupefacenti e altri prodotti chimici;
  - c) i danneggiamenti della propria salute riconducibili ad interventi medici o chirurgici non resisi 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

Allorquando 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

Allorquando 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 malattie. 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 malattie. 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 malattie 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.

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.

### 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 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.

## 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 riconosce 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 2015

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, Helsana Assicurazioni integrative SA, in seguito denominata «Helsana», ha stipulato un contratto d'assicurazione con Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni sulla Vita SA, in seguito denominata «Helvetia». Helsana dispensa tali prestazioni assicurative nei confronti della persona assicurata. Neutralità dei termini relativi alle persone. 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 (CA) e dalle disposizioni della Legge sul contratto d'assicurazione (LCA).

#### 2 Dove vale il contratto?

Il contratto è valido in tutto il mondo.

#### 3 Che cosa vale come 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.

### II. COPERTURA ASSICURATIVA

#### 4 Quando inizia la copertura assicurativa?

La copertura assicurativa inizia non appena Helsana ha comunicato al proponente l'accettazione della proposta, ma non prima del giorno riportato sulla polizza.

#### 5 Esame dello stato di salute

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, Helsana può disdire l'intero 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 di Helsana 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, Helsana ha diritto a un rimborso.

#### 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;
- alla fine dell'anno civile in cui la persona assicurata trasferisce il proprio domicilio all'estero, salvo patto contrario;
- in relazione alla prestazione d'invalidità 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 10.

L'assicurazione si estingue inoltre allo scioglimento del contratto d'assicurazione tra Helvetia e Helsana menzionato nell'introduzione alle presenti CA. 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 disdetta è di 3 mesi.

In caso di adeguamento secondo il paragrafo 9, il contratto può essere disdetto entro 30 giorni alla data della modifica contrattuale. Se entro 30

giorni dalla ricezione della comunicazione di modifica Helsana non riceve nessuna disdetta, ciò vale quale conferma d'accettazione.

Helsana rinuncia al suo diritto di disdire il contratto in caso di sinistro. Resta salvo il recesso in caso di comportamento contraveniente 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 I premi possono essere adeguati?

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

#### 10 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 il contraente non ottempera ai suoi obblighi di pagamento, egli verrà avvisato per iscritto in merito alle conseguenze di mora ed esortato a saldare 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 sollecito. L'obbligo a prestazioni entrerà di nuovo in vigore quando Helsana avrà ricevuto il pagamento dell'intera somma scoperta.

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.

Il contraente è tenuto a risarcire all'assicuratore, con un importo di almeno CHF 50.–, l'onere amministrativo supplementare causato dalla procedura di sollecito. Se deve essere inoltrata una domanda d'esecuzione, il contraente deve risarcire, con un importo di almeno CHF 150.–, l'onere amministrativo supplementare che ne deriva per Helsana.

#### 11 I premi possono essere compensati con prestazioni?

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

### IV. PRESTAZIONI

#### A Capitale d'invalidità per adulti

#### 12 Quali disposizioni particolari valgono in caso d'invalidità?

Il diritto al capitale d'invalidità assicurato esiste in caso d'invalidità. È considerata invalidità l'incapacità al guadagno totale o parziale presumibilmente permanente o di lunga durata.

Helsana 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 al guadagno permanente è accertata prima della scadenza del periodo d'attesa, il capitale d'invalidità assicurato può essere corrisposto prima, totalmente o parzialmente.

È considerata incapacità al 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.

13 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'Al.

Le prestazioni del capitale d'invalidità vengono adeguata 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 compara il reddito conseguito tramite l'attività lucrativa prima dell'insorgere dell'invalidità con quello che la persona assicurata consegue, oppure potrebbe ragionevolmente conseguire, dopo l'insorgere dell'invalidità.

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

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.

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

I cambiamenti riguardanti il grado d'incapacità al guadagno vanno comunicati immediatamente a Helsana. La prestazione viene adeguata al nuovo grado dell'incapacità al guadagno.

15 Chi sono gli aventi diritto?

Ha diritto al capitale di invalidità unicamente la persona assicurata. Se la persona assicurata decede prima della fissazione definitiva del grado d'invalidità, il diritto si estingue. Le prestazioni assicurate vengono corrisposte senza tenere conto di altre assicurazioni.

16 Quali limitazioni di prestazioni valgono?

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.

## B Capitale d'invalidità per bambini e giovani

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

L'incapacità al 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 al guadagno corrisponde al rapporto tra la capacità al guadagno ridotta prevedibile rispetto al reddito medio secondo la SECO per la professione appresa nell'anno del calcolo. La Segreteria di Stato dell'economia (SECO) stabilisce i redditi per i giovani in formazione, mediante i quali è costituita la base per il calcolo delle prestazioni assicurative.

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 al guadagno corrisponde al rapporto tra la capacità al guadagno ridotta prevedibile rispetto al reddito medio secondo la SECO nell'anno del calcolo.

18 Come si determina il grado presumibile dell'incapacità al guadagno?

Il grado presumibile dell'incapacità al guadagno permanente è determinato dal Servizio medico fiduciari di Helsana e la relativa somma assicurativa viene corrisposta.

## C Capitale in caso di decesso

19 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.

Helsana deve essere immediatamente informata del decesso. Devono essere presentati il certificato di morte ufficiale e un certificato medico dal quale risultino le circostanze e la causa del decesso.

20 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 a Helsana.

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

- alla/al coniuge, al partner in un'unione domestica registrata;
- in sua assenza ai figli;
- in loro assenza agli altri eredi legali della persona assicurata.

21 Quali limitazioni di prestazioni valgono per i bambini?

Se un bambino assicurato decede prima di aver compiuto i 2½ anni d'età, anziché le prestazioni assicurate vengono rimborsati con un interesse del 5% i premi pagati.

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

## V. PARTICOLARITÀ

26 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 CA. Nel caso in cui la Svizzera entri in guerra o sia coinvolta in azioni di guerra, valgono le relative prescrizioni emanate dal Consiglio 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).

27 Quali sono le modalità per le comunicazioni?

Le comunicazioni dirette a Helsana devono essere inviate all'indirizzo indicato nella polizza. La persona assicurata riceve le comunicazioni di Helsana all'ultimo indirizzo in Svizzera segnalato.

Ulteriori informazioni, come ad esempio sulle modifiche delle presenti condizioni d'assicurazione, sono pubblicate nel sito Internet di Helsana e nell'allegato annuale alla polizza.

28 Che cosa succede con i miei dati?

Helsana Assicurazioni integrative SA e le altre società del gruppo Helsana nonché Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni sulla Vita SA (assicuratore) 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 alle persone assicurate potenziali, esistenti e precedenti. Le società di cui sopra possono conferire il trattamento dei dati anche a terzi.

Per soddisfare al meglio le esigenze molteplici e individuali delle persone assicurate e per offrire prodotti e servizi dei partner di cooperazione, di Helsana Assicurazioni integrative SA o delle società del gruppo Helsana convenienti o interessanti per le persone assicurate potenziali, esistenti o precedenti, i dati vengono valutati mediante metodi matematici e statistici per formare gruppi di clienti in base alle esigenze.

Helsana Assicurazioni integrative SA e le altre società del gruppo Helsana sono dunque anche esplicitamente autorizzate a consultare l'eventuale dossier dell'assicurazione di base e/o di quelle integrative e a trattarlo (solo) nell'ambito delle assicurazioni integrative per gli scopi summenzionati.

29 I dati personali sono forniti a terzi?

Helsana Assicurazioni integrative SA e il gruppo Helsana sono soggetti a disposizioni severe sulla protezione dei dati. Pertanto, in linea di massima,

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 della presente assicurazione sono coinvolti anche partner di cooperazione.

30 Per quanto tempo vengono conservati i dati personali?

I dati personali vengono trattati e conservati in una banca dati o su carta per il tempo necessario previsto dalle disposizioni legali o contrattuali. In seguito i dati personali vengono eliminati.

31 Chi fa parte del gruppo Helsana?

Sono membri del gruppo Helsana: Helsana Assicurazioni SA, Helsana Assicurazioni integrative SA, Helsana Infortuni SA, Avanex Assicurazioni SA, Progrès Assicurazioni SA, Sansan Assicurazioni SA, Maxi.ch Assicurazioni SA, Helsana Partecipazioni SA e Procure Previdenza SA.

32 Quali sono i partner del gruppo Helsana?

Gli attuali partner di Helsana Assicurazioni integrative SA o del gruppo Helsana sono riportati sul sito Internet di Helsana.

33 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 di Helsana.

## 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.