



ASSICURAZIONI AGRISANO SA
Impresa d'assicurazione: Assicurazioni Solida SA

INFORMAZIONI AI CLIENTI PREVISTE DALLA LCA
CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE (CGA LCA)
Assicurazione infortuni in caso di decesso e disabilità (ADI)

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).

Un diritto alle prestazioni di Assicurazioni Agrisano SA vale solo per il periodo d'assicurazione. Non vige un diritto a prestazioni per costi sostenuti dopo la fine dell'assicurazione. Fa stato la data del trattamento. Fanno eccezione gli obblighi di prestazione periodiche esistenti per quanto riguarda la durata o l'entità a seguito di malattia o infortunio che si sono verificati prima della conclusione del contratto.

Salvo una disposizione di tenore espressamente diverso, tutti i prodotti assicurativi sono versati dall'assicurazione contro i danni.

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.

Il verificarsi di un infortunio o una malattia deve essere annunciato al più tardi entro dieci giorni.

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.

Diritto di recesso

Lo stipulante può rescindere la sua richiesta di stipulazione del contratto o la dichiarazione di accettazione dello stesso per iscritto o in un'altra forma che permetta una verifica del testo, entro 14 giorni. Il termine è rispettato se lo stipulante comunica il suo recesso alla compagnia di assicurazione o se consegna alla Posta la sua dichiarazione di recesso l'ultimo giorno del termine di recesso.

Il recesso provoca che la richiesta di stipulazione di un contratto o la dichiarazione di accettazione dello stesso da parte dello stipulante siano inefficaci sin dall'inizio. Le parti devono rimborsare le prestazioni già ricevute.

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 il contratto per iscritto o in un'altra forma che permetta una verifica del testo, 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

In caso di comportamento contravveniente agli accordi contrattuali, ad esempio per una violazione dell'obbligo di informare oppure per tentata o compiuta frode assicurativa, Assicurazioni Agrisano SA può rescindere il contratto.

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 attua le misure tecniche e organizzative necessarie per garantire una protezione dei dati adeguata e conforme ai tempi.

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 sta-

tistiche 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.

Maggiori informazioni sul trattamento dei dati da parte di Assicurazioni Agrisano SA (sugli scopi, i destinatari dei dati, la custodia e i diritti delle persone interessate) e sulla protezione dei dati in generale sono consultabili nella Dichiarazione sulla protezione dei dati disponibile all'indirizzo <https://www.agrisano.ch/it/chi-siamo/governo-dimpresa/protezione-dei-dati/>. Tale dichiarazione può anche essere richiesta ad Assicurazioni Agrisano SA, Responsabile aziendale della protezione dei dati, Laurstrasse 10, 5201 Brugg, rispettivamente a info@agrisano.ch.

CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE (CGA)

ASSICURAZIONE INFORTUNI IN CASO DI DECESSO E DISABILITÀ (ADI)

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

I. AMBITO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

1 Oggetto dell'assicurazione e dell'assicuratore

L'assicuratore e, quindi, la portatrice del rischio è SOLIDA Insurance AG, Saumackerstrasse 35, 8048 Zurigo (SOLIDA). Essa copre i clienti esistenti dell'assicuratore malattie contro le conseguenze economiche degli infortuni che l'assicurato subisce durante il periodo di validità del contratto.

La prestazione assicurativa è dovuta indipendentemente dal fatto che l'evento assicurato abbia causato una perdita in termini patrimoniali o che anche un'altra compagnia assicurativa fornisca prestazioni (assicurazioni di somme). L'assicuratore malattie indicato nel certificato di assicurazione sanitaria ha stipulato con SOLIDA un contratto di assicurazione collettiva per la fornitura della copertura assicurativa in caso di decesso e invalidità in seguito a infortunio. La parte contraente dell'assicuratore malattie può richiedere la copertura assicurativa per se stessa o per un soggetto che la rappresenta legalmente. La copertura assicurativa si ottiene mediante l'approvazione dell'iscrizione da parte dell'assicuratore malattie al momento concordato. La parte contraente dell'assicuratore malattie non ha un contratto con SOLIDA. Ai sensi dell'art. 95a della Legge sui contratti di assicurazione (LCA) in caso di infortunio assicurato, l'assicurato o il beneficiario ha un diritto di risarcimento diretto nei confronti di SOLIDA.

2 Fondamenti del contratto

I fondamenti del contratto tra l'assicurazione sanitaria e la relativa parte contraente sono tutte le dichiarazioni scritte che la parte contraente, l'assicurato e i rispettivi rappresentanti forniscono nella domanda e in ulteriore documentazione.

I diritti e gli obblighi delle Parti contraenti sono definiti nel certificato di Assicurazione, in eventuali aggiunte e nelle Condizioni generali di assicurazione (CGA).

Nella misura in cui non sia espressamente regolamentata nei documenti di cui sopra una questione, le parti si attengono alla LCA, alla Legge sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA) e all'Ordinanza sulla sorveglianza (OS).

3 Ambito di applicazione locale

L'assicurazione è valida in tutto il mondo, al di fuori della Svizzera e del Principato del Liechtenstein, ma solo durante i viaggi e i soggiorni fino a 12 mesi. L'assicurazione cessa al termine del mese di assicurazione, in cui l'assicurato trasferisce la propria residenza all'estero e non prosegue con altre assicurazioni presso l'assicuratore di malattie corrispondente.

4 Persone assicurate

Sono assicurate le persone elencate nel certificato d'assicurazione.

II. DEFINIZIONI

5 Designazione delle persone

Per maggiore facilità di lettura, il presente documento non include l'indicazione dei soggetti di sesso femminile.

6 Infortunio

È considerato infortunio l'influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario.

Le seguenti lesioni corporali elencate in maniera esaustiva, sono parificate a infortunio, quantunque non principalmente riconducibili a usura o malattia: fratture ossee, lussazioni delle articolazioni, lacerazioni del menisco, strappi muscolari, stiramenti muscolari, lacerazioni dei tendini, lesioni ai legamenti e ferimenti della membrana del timpano.

Gli infortuni includono anche:

- a) danni alla salute causati dall'inalazione involontaria di gasi vapori, e dall'ingestione accidentale di sostanze tossiche o corrosive;
- b) annegamento;
- c) i seguenti danni alla salute, purché subiti dall'assicurato involontariamente e causati da un evento infortunistico assicurato: congelamenti,

colpo di calore, insolazione e danni alla salute causati da raggi ultravioletti, a eccezione delle scottature solari.

Non sono considerate infortuni tutte le malattie di qualsiasi tipo, comprese le malattie professionali, le malattie infettive, l'esposizione a radiazioni ionizzanti, i danni causati da cure ed esami, non dovuti a un evento infortunistico assicurato, e interventi sul proprio corpo.

III. PRESTAZIONI ASSICURATIVE

7 Decesso

Nel caso in cui l'assicurato muoia entro cinque anni per le conseguenze di un incidente, SOLIDA pagherà l'importo assicurato in caso di decesso, detratta l'eventuale indennità di invalidità già versata per lo stesso infortunio, se al momento dell'infortunio era prevista una copertura. L'importo massimo per il decesso è limitato ai seguenti soggetti:

bambini fino al 30 mese di età compiuto pari a	CHF 2 500.–
bambini fino al 18 anno di età compiuto pari a	CHF 20 000.–
adulti a partire dal 65 anno di età compiuto pari a	CHF 20 000.–

7.1 Beneficiari in caso di decesso

La parte contraente dell'assicuratore di malattie può designare beneficiari o escludere gli aventi diritto, dandone comunicazione scritta all'assicuratore di malattie, modificando il seguente regolamento. Tale dichiarazione può essere revocata o modificata in qualsiasi momento mediante notifica scritta all'assicuratore malattie. In assenza di una designazione speciale, sono considerati beneficiari consecutivamente ed esclusivamente:

- a) il coniuge o il partner iscritto,
- b) i figli, i figliastri o figli adottivi,
- c) i genitori,
- d) i nonni,
- e) i fratelli e i nipoti o cugini in base al diritto di eredità legalmente riconosciuto.

Se non esiste alcuno dei beneficiari, solo i costi di sepoltura saranno rimborsati fino al 10 % della somma assicurata per il decesso, per un massimo di CHF 10 000.–.

7.2 Somma raddoppiata in caso di decesso

Se la persona assicurata è sposata o vive con un partner iscritto e lo stesso infortunio causa la morte di entrambi i coniugi o partner iscritti, il capitale assicurato in caso di decesso viene versato una volta sola in parti uguali ai figli superstiti, minorenni o invalidi permanenti, figliastri o figli adottivi, in stato di necessità.

8 Caso di invalidità

Nel caso in cui, a seguito dell'infortunio, si verifichi un'invalidità medico-teorica verosimilmente permanente entro cinque anni, se al momento dell'incidente era prevista una copertura, sarà versato il capitale di invalidità, determinato in base al grado di invalidità, alla somma assicurata concordata e alle prestazioni scelte. L'eventuale inabilità o incapacità di lavoro conseguente all'evento non sarà presa in considerazione. L'assicurato ha diritto esclusivamente al capitale di invalidità.

8.1 Rilevamento del grado d'invalidità

I seguenti principi sono vincolanti per la valutazione del grado di invalidità:

- a) Per invalidità totale si intende la perdita o la totale incapacità di usare entrambe le braccia o mani, entrambe le gambe o piedi o la perdita simultanea di una mano e di un piede, paralisi completa o cecità totale. In caso di invalidità parziale, la parte della somma assicurata prevista per l'invalidità totale corrisponde al grado di invalidità. La stima viene effettuata sulla base delle seguenti percentuali:
- | | |
|---|------|
| parte superiore del braccio | 70 % |
| parte inferiore del braccio | 65 % |
| mano | 60 % |
| pollice con falange del metacarpo | 25 % |
| pollice, falange del metacarpo conservata | 22 % |

- | | |
|--|------|
| falange all'estremità del pollice | 10 % |
| indice | 15 % |
| medio | 10 % |
| anulare | 9 % |
| mignolo | 7 % |
| gamba alla coscia | 60 % |
| gamba sotto il ginocchio o nella parte inferiore della gamba | 50 % |
| un piede | 45 % |
| un alluce | 8 % |
| dita rimanenti, ciascuna | 3 % |
| forza visiva di un occhio | 30 % |
| forza visiva di un occhio, se quella dell'altro occhio era già completamente persa prima dell'incidente | 50 % |
| udito di entrambe le orecchie | 60 % |
| udito di un orecchio | 15 % |
| udito di un orecchio, se quello dell'altro orecchio era già completamente perso prima che dell'incidente | 30 % |
| odorato | 10 % |
| senso del gusto | 10 % |
| reni | 20 % |
| milza | 5 % |
| limitazione importante e molto dolorosa della funzione della colonna vertebrale | 50 % |
- b) SOLIDA risarcisce una grave e permanente deturpazione del corpo umano causata da un incidente (danni estetici come cicatrici) per cui non è dovuto alcun capitale di invalidità, ma che, tuttavia, aggrava la posizione sociale dell'assicurato
- 10 % della somma assicurativa concordata nella conferma di assicurazione per invalidità in caso di deterioramento del viso e/o
 - 5 % della somma assicurativa concordata nella conferma di assicurazione per invalidità in caso di deturpazione di altre parti del corpo normalmente visibili, laddove non venga concessa alcuna progressione sulla base di questi gradi di invalidità. Le prestazioni per danni estetici sono inoltre limitate a un totale di CHF 20 000.–
- c) In caso di perdita o incapacità dell'uso solo parziale, si applica un grado di invalidità di conseguenza inferiore.
- d) L'incapacità dell'uso totale di un arto o di un organo è equiparabile alla perdita.
- e) Per i casi non menzionati, il rilevamento del grado d'invalidità viene effettuato sulla base delle stesse normative per la valutazione del danno all'integrità ai sensi della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) o dell'Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OAINF).
- f) Per la contemporanea perdita o incapacità d'uso di più parti corporee, il grado d'invalidità, che non può tuttavia mai superare il 100 %, viene di regola stabilito mediante addizione dei singoli tassi percentuali.
- g) Un aggravamento delle conseguenze d'infortunio a seguito di disfunzioni fisiche preesistenti non dà diritto a un indennizzo più elevato rispetto a quello che verrebbe corrisposto nel caso in cui l'infortunio colpisse una persona fisicamente integra. Se parti corporee risultavano già completamente o parzialmente pregiudicate o compromesse nella capacità d'uso prima dell'infortunio, al rilevamento del grado d'invalidità, il grado d'invalidità già presente, stabilito secondo i criteri precedenti, viene dedotto.
- h) Il rilevamento definitivo del grado d'invalidità avviene unicamente sulla base delle presumibili condizioni permanenti riconosciute alla persona assicurata. SOLIDA può tuttavia far accertare il grado d'invalidità in maniera esaustiva cinque anni dopo l'infortunio o anche più tardi. In tale circostanza, il grado d'invalidità attuale viene stabilito al momento dell'accertamento.
- Mutamenti del grado d'invalidità subentranti successivamente a tale accertamento, ovvero anche ricadute e conseguenze tardive, non vengono più considerate.

8.2 Calcolo del capitale d'invalidità

Il capitale d'invalidità è calcolato come segue:

- a) per la quota non eccedente un grado d'invalidità del 25 %, sulla base della somma di assicurazione semplice;
 - b) per la quota corrispondente a un grado d'invalidità compreso tra il 25 % et il 50 %, sulla base della somma di assicurazione triplicata.
 - c) per la quota eccedente un grado d'invalidità del 50 %, sulla base della somma d'assicurazione quintuplicata.
- La prestazione, nella percentuale della somma di assicurazione concordata per invalidità, viene pertanto corrisposta così 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 sotto forma di rendita

Se al momento dell'infortunio la persona assicurata ha già compiuto 65 anni, la prestazione assicurativa per l'invalidità permanente, ai sensi delle disposizioni di cui sopra, viene corrisposta sotto forma di rendita a vita. La rendita è fissata in modo definitivo ed è pagabile trimestralmente in anticipo. La progressione non è consentita. Per ogni CHF 1 000.– di capitale d'invalidità la rendita ammonta annualmente a:

Età di invalidità	rendita annuale
66	CHF 86.–
67	CHF 89.–
68	CHF 93.–
69	CHF 96.–
70	CHF 100.–
oltre	CHF 125.–

Solo la persona assicurata ha diritto.

9 Limiti di prestazione

9.1 importi massimi assicurati

Per bambini che hanno compiuto 30 mesi, l'importo massimo assicurato in caso di decesso è di CHF 2 500.–, per i bambini fino al 18esimo anno di età è CHF 20 000.–.

Dopo il 65° anno di età è soggetto ai seguenti importi massimi assicurati, ma la progressione nell'assicurazione di invalidità non è applicabile:

decesso	CHF 20 000.–
invalidità (senza progressione)	CHF 100 000.–

Le polizze assicurative di livello superiore esistenti vengono automaticamente ridotte al raggiungimento di tale limite di età.

9.2 Età massima

Nuovi contratti e aumenti delle somme assicurate possono essere eseguiti fino al completamento del 65esimo anno di età.

IV. LIMITI DI COPERTURA

10 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni

- a) causati da guerra, guerra civile e/o situazioni analoghe
 - in Svizzera, nel Principato del Liechtenstein e/o negli stati contigui,
 - all'estero, a meno che l'infortunio non avvenga entro un periodo di 14 giorni dal primo verificarsi di tali eventi nel Paese, in cui la persona assicurata risiede, e sia stato il sorpreso dall'esplosione di eventi bellici;
- b) a causa di terremoti in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein;
- c) a seguito di pericoli straordinari. Sono considerati come tali:
 - servizio militare estero,
 - partecipazione ad atti bellici e terrorismo,
 - coinvolgimento in risse e pestaggi, tranne che la persona assicurata non sia stata ferita pur essendo non coinvolta o mentre prestava soccorso a una persona indifesa,
 - pericoli ai quali la persona assicurata si espone, provocando decisamente gli altri,
 - le conseguenze di disordini di qualsiasi tipo, a meno che l'assicurato non dimostri di non essere stato attivamente dalla parte degli agitatori o coinvolto per istigazione;
- d) a seguito o in occasione dell'esercizio compiuto o tentato o della partecipazione a reati o illeciti intenzionali o accettati da parte della persona assicurata o del beneficiario;
- e) a seguito di esposizione a radiazioni ionizzanti e danni causati da energia nucleare;
- f) laddove la persona assicurata ha un tasso alcolemico pari o superiore al 2 per mille, a meno che non vi sia un evidente nesso causale tra l'ubriachezza e l'infortunio;
- g) in conseguenza di imprese rischiose (imprese rischiose sono azioni con le quali la persona assicurata si espone a un pericolo particolarmente elevato, senza adottare o essere in grado di prendere le precauzioni che limitano il rischio a un livello ragionevole);
- h) nell'utilizzo di velivoli come pilota militare, altro membro dell'equipaggio militare e granatiere paracadutista;
- i) in caso di lanci con paracadute militare;
- j) in caso di trasporti aerei, se la persona assicurata viola deliberatamente le disposizioni governative o non è in possesso di documenti di identità e permessi ufficiali.

Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) il suicidio o danni alla salute, che la persona assicurata ha causato intenzionalmente o in stato di incapacità di intendere totale o parziale;
- b) danni alla salute, derivanti da assunzione o iniezione intenzionale di farmaci, droghe e prodotti chimici;
- c) danno alla salute, derivante da interventi medici o chirurgici non necessari per un infortunio assicurato.

11 Riduzioni

11.1 Negligenza grave

L'assicuratore rinuncia al diritto alla riduzione delle prestazioni, se l'infortunio assicurato è causato da negligenza grave.

11.2 Fattori estranei all'infortunio

Se fattori esterni all'infortunio influenzano l'andamento di un evento infortunistico assicurato o le relative conseguenze, l'assicuratore fornisce solo una parte delle prestazioni concordate, meramente collegata all'infortunio e da determinare sulla base di una valutazione medica.

I fattori che complicano il decorso delle conseguenze dell'infortunio, esterni a esso, come malattie e infermità mentali o fisiche preesistenti, vengono considerati già al momento del rilevamento del grado d'invalidità e non solo al momento del calcolo del capitale di invalidità.

11.3 Violazione degli obblighi in caso di danno

In caso di violazione colposa degli obblighi che competono alla parte contraente del contratto di assicurazione sanitaria, alla persona assicurata o al

beneficiario, SOLIDA è autorizzata a ridurre l'indennizzo dell'importo che sarebbe stato ridotto se l'obbligo fosse stato correttamente adempiuto (cfr. sezioni 19 e 20).

12 Induzione del decesso da parte di un beneficiario

Se una persona autorizzata a ricevere il capitale in caso di decesso causa la morte della persona assicurata a seguito o in occasione dell'esercizio o del tentativo di esercitare o partecipare a reati o delitti intenzionali o accettati, non avrà diritto all'importo per il decesso. Questo sarà destinato agli altri beneficiari ai sensi della Sezione 7.1.

V. INIZIO E FINE DEL CONTRATTO

13 Inizio del contratto

La copertura assicurativa ha inizio alla data concordante nella conferma dell'assicurazione o nella conferma scritta di accettazione dell'iscrizione dell'assicuratore malattie.

14 Durata del contratto

Per la parte contraente dell'assicuratore malattie e la persona assicurata si applica la durata concordata nella conferma dell'assicurazione. La durata minima del contratto è di un anno. Alla scadenza della durata concordata, il contratto si prolungherà di un anno per ogni anno, a meno che non venga risolto tempestivamente da una delle parti (vedere articolo 15.2).

15 Risoluzione del contratto

15.1 Diritto di recesso

La parte contraente dell'assicuratore malattie può revocare la propria iscrizione per iscritto entro 14 giorni da essa.

15.2 Periodo di preavviso

La parte contraente dell'assicuratore malattie e l'assicuratore di malattie possono disdire l'assicurazione con un periodo di preavviso di tre mesi al termine di un anno civile.

15.3 Risoluzione in caso di infortunio

Dopo ogni infortunio, per il quale deve essere fornita una prestazione, la parte contraente dell'assicuratore malattie può risolvere il contratto per iscritto entro e non oltre 14 giorni dal momento in cui è venuto a conoscenza del pagamento. Il contratto scadrà al ricevimento della risoluzione da parte dell'assicuratore malattie. In caso di risoluzione anticipata del contratto, il premio inutilizzato sarà rimborsato alla parte contraente dell'assicuratore malattie.

15.4 Risoluzione con adeguamento del corrispettivo

In caso di adeguamento del corrispettivo alle nuove tariffe, la parte contraente dell'assicuratore malattie ha il diritto di risolvere l'intero contratto alla fine dell'anno civile in corso. In tal caso, il contratto scadrà alla fine dell'anno civile, nella misura da essa stabilita. Per essere valida, la risoluzione deve pervenire all'assicuratore malattie entro e non oltre l'ultimo giorno dell'anno civile.

VI. CORRISPETTIVO

16 Pagamento del corrispettivo e scadenza

Il corrispettivo deve essere versato in anticipo al momento indicato nella conferma dell'assicurazione.

17 Solleciti e relative conseguenze

Se il corrispettivo, previsto entro 30 giorni dalla data di scadenza, non viene versato, l'assicuratore malattie richiede per iscritto alla propria parte contraente di effettuare il pagamento entro 14 giorni dall'invio del sollecito, indicando le conseguenze del ritardo. Se il sollecito non ha successo, l'obbligo di prestazione si interromperà dalla scadenza del termine del sollecito. L'obbligo di prestazione ricomincia per gli infortuni futuri una volta versati tutti gli arretrati e approvati dall'assicuratore malattie.

18 Modifiche del corrispettivo

La parte contraente dell'assicuratore malattie ha il diritto di risolvere il contratto al termine dell'anno civile in corso nei due casi seguenti (vedere arti-

coli 18.1 e 18.2). La risoluzione, per essere valida, deve pervenire all'assicuratore malattie al più tardi entro l'ultimo giorno dell'anno solare (vedere anche articolo 15.2). La mancata risoluzione da parte del contraente dell'assicuratore malattie costituirà il consenso alla modifica del contratto.

18.1 Adeguamento delle tariffe

L'assicuratore malattie può richiedere la modifica del contratto a partire dal successivo anno civile. A tal fine, deve comunicare alla parte contraente il nuovo corrispettivo o i nuovi termini contrattuali non oltre 25 giorni prima della scadenza dell'anno civile.

18.2 Adeguamento dell'età

I corrispettivi si basano sulla tariffa per la rispettiva fascia d'età, e vengono adeguati al livello superiore successivo al completamento della fascia di età. L'assicuratore malattie comunica alla parte contraente il nuovo corrispettivo 25 giorni prima della scadenza dell'anno civile.

VII. RECLAMI E OBBLIGHI IN CASO DI DANNI

19 Notifica di sinistro

A SOLIDA deve essere immediatamente segnalato qualsiasi sinistro che possa dare diritto a prestazioni assicurative, dopo il verificarsi dell'evento.

20 Obblighi della parte contraente dell'assicuratore malattie o del beneficiario

La parte contraente dell'assicuratore malattie, la persona assicurata o il beneficiario fa tutto ciò che può essere utile per la risoluzione dell'infortunio e delle relative conseguenze. In particolare, la parte assicurata deve esonerare i medici che la curano o la hanno curata, dall'obbligo di segretezza professionale nei confronti di SOLIDA.

Le violazioni colpevoli degli obblighi comportano riduzioni di indennizzo ai sensi dell'articolo 11.3 per la parte contraente dell'assicuratore malattie, per il beneficiario o per la persona assicurata.

La parte assicurata, la parte contraente dell'assicuratore malattie o il beneficiario, in caso di perdita di qualsiasi richiesta di risarcimento per omissione, è obbligato a fornire a SOLIDA Versicherungen AG entro 30 giorni dal corrispondente sollecito scritto, qualsiasi informazione richiesta sullo stato di salute passato e presente, nonché sull'infortunio e sul decorso della cura.

21 Scadenza e pagamento delle prestazioni assicurative

Il credito derivante dal contratto di assicurazione collettiva ai sensi dell'articolo 95a LCA è esigibile quattro settimane dopo che l'assicuratore ha ricevuto tutte le informazioni e i certificati medici, grazie ai quali può accertare la correttezza e la portata del credito. È avente diritto, a eccezione dell'importo in caso di decesso ai sensi dell'articolo 7.1, la persona assicurata.

VIII. INFORMAZIONI AI SENSI DELLA LEGGE SUL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

22 Informazione prima della stipula del contratto

L'assicuratore malattie orienta la futura parte contraente prima della stipula del contratto, presentando il modulo di iscrizione, le condizioni contrattuali e i prospetti sul contenuto del contratto, in particolare i rischi assicurati, l'ambito della copertura assicurativa, gli altri obblighi della parte contraente dell'assicurazione contro malattie e l'identità dell'assicuratore.

23 Privacy dei dati

La società responsabile per l'elaborazione dei dati personali relativi all'iscrizione dell'assicurazione, alla gestione delle risorse e al recupero crediti è l'assicuratore malattie.

SOLIDA agisce in qualità di società responsabile per l'elaborazione dei dati personali nella liquidazione di sinistri.

I dati personali vengono elaborati dalle società responsabili di cui sopra per le finalità derivanti dai documenti contrattuali o dall'esecuzione del contratto, in particolare per la determinazione del corrispettivo, per la valutazione del rischio, per la gestione dei sinistri e per le analisi statistiche. Inoltre, con la firma del contratto assicurati-vo, la parte contraente dell'assicuratore malattie acconsente al trattamento dei suoi dati per finalità di marketing.

L'assicuratore malattie e SOLIDA, ai fini dell'elaborazione, trasmettono i dati, nella misura necessaria, alle terze parti coinvolte nell'esecuzione del contratto. È, inoltre, possibile condividere i dati con società di coassicurazione o riassicurazione. Inoltre, l'assicuratore malattie e SOLIDA possono ottenere informazioni pertinenti (dati sanitari, amministrativi e penali) presso uffici governativi e altre terze parti, in particolare in merito all'andamento del sinistro. Ciò vale indipendentemente dal perfezionamento del contratto. La parte contraente dell'assicuratore malattie ha il diritto di richiedere a SOLIDA e all'assicuratore di malattie le informazioni previste dalla legge in merito al trattamento dei dati che la riguardano. Le società responsabili conserveranno i dati personali in conformità agli obblighi di conservazione previsti dalla legge. Inoltre, conservano i dati personali pertinenti oltre il periodo di conservazione previsto dalla legge, se necessario a far valere e difendere i diritti legali di una delle due società responsabili. La durata della conservazione dipende, tra l'altro, dai termini di prescrizione legali o dalla durata delle rivendicazioni che possono essere fatte valere nei confronti di SOLIDA o dell'assicuratore malattie. I dati personali non più necessari saranno cancellati o resi anonimi ai sensi della legge.

IX. DISPOSIZIONI FINALI

24 Scrittura

In caso di revoca, risoluzione e sollecito, è sufficiente una forma che funga da prova grazie al testo.

25 Cessione e costituzione in pegno

Senza esplicito consenso dell'assicuratore, pretese sulle prestazioni assicurate non possono essere né cedute né costituite in pegno prima della loro definitiva determinazione.

26 Adeguamento delle basi contrattuali

Se le CGA vengono adeguate a partire dall'anno civile successivo, le nuove condizioni di assicurazione si applicano alla parte contraente dell'assicuratore malattie e allo stesso assicuratore. L'assicuratore malattie comunica l'adeguamento al più tardi 25 giorni prima della scadenza dell'anno civile. La parte contraente ha il diritto di risolvere il contratto alla fine dell'anno civile in corso. La risoluzione è tempestiva, se arriva all'assicuratore malattie al più tardi l'ultimo giorno dell'anno civile. La mancata risoluzione sarà considerata come consenso all'adeguamento delle CLA.

27 Notifiche

Tutte le comunicazioni devono essere indirizzate all'assicuratore malattie, a eccezione della notifica di sinistro da inviare a SOLIDA. SOLIDA riconosce tutte le comunicazioni all'assicuratore malattie come fatte a lei stessa.

Tutte le comunicazioni da parte dell'assicuratore malattie o di SOLIDA risultano essere giuridicamente valide all'ultimo indirizzo indicato dalla parte contraente dell'assicuratore malattie in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein.

28 Foro competente

A seguito di un infortunio, SOLIDA riconosce, in relazione al diritto diretto di credito derivante dal contratto di assicurazione collettiva ai sensi dell'articolo 95a LCA, quale foro competente la propria sede amministrativa o il domicilio svizzero della parte contraente dell'assicuratore malattie o della persona assicurata.

29 Entrata in vigore

Le presenti CGA entreranno in vigore il 01.01.2022 per gli infortuni avvenuti a partire da tale data