

# Assicurazione per decesso o invalidità a seguito di infortunio

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)  
Edizione 02.2016

## Indice

<b>I</b>	<b>Concetti e contenuto</b>	<b>2</b>	<b>III</b>	<b>Premi</b>	<b>4</b>
1	Basi contrattuali	2	15	Premio iniziale e adeguamento secondo i gruppi tariffari d'età	4
2	Campo d'applicazione territoriale	2	16	Modifica della tariffa del premio	4
3	Persone assicurate	2	17	Diffida e ritardo nel pagamento	4
4	Limite d'età – Adattamento dell'assicurazione	2	<b>IV</b>	<b>Disposizioni varie</b>	<b>5</b>
5	Definizione d'infortunio	2	18	Obbligo di notifica	5
6	Estensione della garanzia	2	19	Trattamento medico	5
<b>II</b>	<b>Prestazioni dell'assicuratore</b>	<b>2</b>	20	Conseguenze della violazione degli obblighi contrattuali	5
7	Somme assicurate	2	21	Durata del contratto, disdetta	5
8	Aventi diritto in caso di decesso	2	22	Comunicazioni all'assicuratore	5
9	Caso d'invalidità	3	23	Luogo d'adempimento e foro competente	5
10	Pagamento della prestazione	4	24	Diritto applicabile e protezione dei dati	5
11	Spese per reintegrazione professionale	4			
12	Esclusioni	4			
13	Concorso di fattori estranei all'infortunio	4			
14	Perizia	4			

## I Concetti e contenuto

### 1 Basi contrattuali

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

### 2 Campo d'applicazione territoriale

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

Fino a quando la persona assicurata è affiliata all'International Health Plan (IHP), la copertura assicurativa è valevole in tutto il mondo, per una durata illimitata.

### 3 Persone assicurate

L'Assicurazione per decesso o invalidità a seguito di infortunio (ADI) può essere stipulata da persone domiciliate in Svizzera. Le persone che stipulano la copertura assicurativa «International Health Plan (IHP)» sono autorizzate a stipulare anche un'Assicurazione per decesso o invalidità a seguito di infortunio (ADI).

### 4 Limite d'età – Adattamento dell'assicurazione

Nella presente assicurazione sono ammesse persone fino alla fine dell'anno civile di compimento del 65 anno.

Dopo il compimento del 70<sup>esimo</sup> anno valgono le seguenti somme d'assicurazione massime:

in caso di decesso CHF 20 000

in caso d'invalidità CHF 40 000, variante di progressione A, 225% ai sensi della cifra 9

Dopo il raggiungimento del 70<sup>esimo</sup> anno d'età, le assicurazioni esistenti saranno ridotte in misura corrispondente a partire dall'anno civile successivo.

Se la persona assicurata non è d'accordo con la riduzione delle prestazioni, il contratto si estingue con effetto alla fine dell'anno civile in cui la persona in questione compie il 70<sup>esimo</sup> anno d'età.

### 5 Definizione d'infortunio

È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte. La responsabilità per un danno alla salute sussiste soltanto nella misura in cui tra il danno e l'evento assicurato vi sia un nesso causale naturale e adeguato. Occorre verificare il rapporto causale adeguato secondo le disposizioni e la giurisprudenza del diritto delle assicurazioni sociali. La CSS garantisce copertura assicurativa per gli infortuni che si verificano e che vengono notificati durante la durata contrattuale.

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

- fratture;
- lussazioni di articolazioni;
- lacerazioni del menisco;
- lacerazioni muscolari;

- stiramenti muscolari;
- lacerazioni dei tendini;
- lesioni dei legamenti;
- lesioni del timpano;
- assideramenti;
- colpi di calore;
- insolazioni e danni alla salute derivanti dai raggi ultravioletti, ad eccezione degli eritemi solari;
- fratture di denti.

Non sono considerati infortuni:

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

Infortuni di volo:

L'assicurazione comprende gli infortuni che colpiscono la persona assicurata in qualità di passeggero, pilota, altro membro dell'equipaggio, istruttore di volo e allievo pilota di aerei di qualsiasi categoria (compreso il deltaplano) ammesso alla circolazione, come pure in qualità di paracadutista o di praticante del parapendio.

Rimangono esclusi gli infortuni che intervengono in seguito ad infrazione intenzionale alle prescrizioni delle autorità, come pure in caso di mancanza dei necessari permessi e documenti ufficiali richiesti. La copertura dell'assicuratore per tutte le persone assicurate che si trovano nello stesso velivolo si limita a 2 milioni di franchi in caso di decesso e a 4 milioni di franchi in caso d'invalidità.

### 6 Estensione della garanzia

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

## II Prestazioni dell'assicuratore

### 7 Somme assicurate

7.1 Le somme assicurate risultano dalla polizza d'assicurazione.

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

7.3 Per i bambini assicurati che non hanno ancora compiuto il dodicesimo anno d'età, la prestazione in caso di decesso è limitata a CHF 20 000.

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

### 8 Aventi diritto in caso di decesso

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

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

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

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

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

## 9 Caso d'invalidità

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

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

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

paralisi totale, alienazione mentale inguaribile che esclude qualsiasi tipo di attività lavorativa, e quella completa perdita della vista	100 %
entrambe le braccia o le mani, le gambe o i piedi	100 %
un braccio, all'altezza del gomito o al di sopra	70 %
un avambraccio o una mano	60 %
una gamba, all'altezza del ginocchio o al di sopra	60 %
una gamba al disotto del ginocchio	50 %
un pollice	25 %
un indice	15 %
un altro dito della mano	10 %
un piede	40 %
un alluce	10 %
un altro dito del piede	3 %
l'olfatto o l'odorato	15 %
un occhio	30 %
un occhio (se prima dell'infortunio la vista dell'altro era già completamente persa)	70 %
l'udito di ambedue le orecchie	60 %
l'udito di un orecchio	15 %
l'udito di un orecchio (se l'udito dell'altro orecchio era già completamente perso)	45 %
completa perdita della parola	60 %
un rene	20 %
la milza	10 %

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

Se gli arti o gli organi colpiti dall'infortunio erano già mutilati o danneggiati, le prestazioni saranno ridotte proporzionalmente.

Se l'infortunio ha colpito più parti del corpo, le percentuali saranno addizionate. In nessun caso, però, sarà accettata un'invalidità eccedente il 100%.

Nei casi non previsti qui sopra, il grado d'invalidità è determinato in base ad accertamenti medici. Determinante è sempre l'invalidità medico-teorica.

Per la determinazione del grado d'invalidità, l'assicuratore può basarsi sulle constatazioni delle assicurazioni sociali.

Se il grado d'invalidità è inferiore al 25%, l'assicuratore paga la percentuale corrispondente della somma d'invalidità semplice concordata.

Se il grado d'invalidità supera il 25%, il capitale si calcola in maniera progressiva sulla base della seguente tabella e in base alla variante scelta:

Grado d'invalidità	Prestazioni		Grado d'invalidità	Prestazioni	
	%	A %		B %	A %
26	27	28	64	117	170
27	29	31	65	120	175
28	31	34	66	123	180
29	33	37	67	126	185
30	35	40	68	129	190
31	37	43	69	132	195
32	39	46	70	135	200
33	41	49	71	138	205
34	43	52	72	141	210
35	45	55	73	144	215
36	47	58	74	147	220
37	49	61	75	150	225
38	51	64	76	153	230
39	53	67	77	156	235
40	55	70	78	159	240
41	57	73	79	162	245
42	59	76	80	165	250
43	61	79	81	168	255
44	63	82	82	171	260
45	65	85	83	174	265
46	67	88	84	177	270
47	69	91	85	180	275
48	71	94	86	183	280
49	73	97	87	186	285
50	75	100	88	189	290
51	78	105	89	192	295
52	81	110	90	195	300
53	84	115	91	198	305
54	87	120	92	201	310
55	90	125	93	204	315
56	93	130	94	207	320
57	96	135	95	210	325
58	99	140	96	213	330
59	102	145	97	216	335
60	105	150	98	219	340
61	108	155	99	222	345
62	111	160	100	225	350
63	114	165			

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

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

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

**12 Esclusioni**  
Sono esclusi dall'assicurazione:

- a) gli infortuni conseguenti a guerra o conflitto armato, salvo che l'infortunio avvenga entro 14 giorni dal primo verificarsi di tali eventi nel Paese in cui la persona assicurata soggiorna e sia stata sorpresa dallo scoppio degli eventi bellici;
- b) gli infortuni dovuti a terremoti in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein;
- c) gli infortuni in relazione a un servizio militare prestato in un esercito straniero;
- d) i danni alla salute provocati da radiazioni ionizzanti. Eccezioni: danni alla salute causati da radiazioni prescritte da un medico a seguito di un evento assicurato;
- e) gli infortuni a seguito di partecipazione ad attività di guerra, sommosse, scioperi, atti terroristici, come pure nella partecipazione ad un crimine o ad un reato;
- f) gli infortuni a seguito di partecipazione a rissa o baruffa, a meno che la persona assicurata non sia stata ferita dai litiganti quando essa era estranea ai fatti oppure durante il soccorso ad una persona indifesa;
- g) gli infortuni che colpiscono i conduttori di veicoli a motore o biciclette che al momento dell'incidente stavano guidando con un tasso alcolico nel sangue pari o superiore all' 1,8 ‰ del peso corporeo;
- h) l'abuso di medicinali, stupefacenti o alcool;
- i) gli infortuni in occasione di gare con veicoli a motore di qualsiasi genere e anche durante i relativi allenamenti;
- j) infortuni dovuti ad atti temerari: gli atti temerari sono azioni con le quali la persona assicurata si espone a un pericolo particolarmente grave senza prendere o poter prendere le precauzioni per limitare il rischio a proporzioni ragionevoli. Sono tuttavia assicurati gli atti di salvataggio di persone, anche se si possono considerare come atti temerari;
- k) infortuni a seguito di fissione nucleare;
- l) infortuni risultanti dallo stato psichico dell'assicurato;
- m) conseguenze di interventi della persona assicurata su se stessa, quali il suicidio e l'automutilazione o il loro tentativo, anche se la persona assicurata, al momento dell'azione, era in uno stato d'incapacità di discernimento;
- n) infortuni a seguito di crimini o delitti premeditati commessi dalla persona assicurata.

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

**14 Perizia**  
Qualora le parti non trovino un accordo riguardo ai postumi d'infortunio, verrà richiesta una perizia. La CSS mette a

disposizione dell'assicurato due proposte di periti, fra le quali l'assicurato deve sceglierne uno. Le spese di tale perizia saranno divise in parti uguali. Le constatazioni risultanti dalla perizia sono vincolanti per quel che concerne il rapporto causale naturale, a meno che venga provato che quanto accertato non sia manifestamente in larga misura divergente dai fatti reali. Occorre in aggiunta verificare il rapporto causale adeguato, che si orienta alle disposizioni e alla giurisprudenza del diritto delle assicurazioni sociali.

### III Premi

**15 Premio iniziale e adeguamento secondo i gruppi tariffari d'età**

15.1 Il premio iniziale è indicato sulla polizza.  
15.2 Quando raggiunge l'età massima del suo gruppo d'età tariffario, la persona assicurata entra nel gruppo d'età tariffario seguente all'inizio dell'anno civile seguente. È determinante la tariffa di premio valevole in ciascun gruppo d'età tariffario.

I gruppi d'età tariffari:

0° – 18° anno d'età	26° anno d'età in poi
19° – 25° anno d'età	

15.3 Analogamente a quanto disposto negli cifre 16.2 e 16.3 esiste un diritto alla disdetta a seguito dell'adeguamento del premio conseguente all'entrata in un gruppo d'età tariffario superiore.

**16 Modifica della tariffa del premio**

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

**17 Diffida e ritardo nel pagamento**

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

## IV Disposizioni varie

### 18 Obbligo di notifica

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

### 19 Trattamento medico

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

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

L'assicuratore è autorizzata a richiedere ulteriori informazioni e giustificativi, in particolare certificati medici. La persona avente diritto gli concede il diritto di esigere a sue spese tali informazioni e giustificativi. La persona assicurata libera i medici che l'hanno curata, come pure gli istituti d'assicurazione coinvolti nel caso di sinistro, dall'obbligo al segreto professionale nei confronti dell'assicuratore.

### 20 Conseguenze della violazione degli obblighi contrattuali

Se gli obblighi contrattuali ai sensi degli art. 18 e 19 sono colposamente violati, influenzando così in modo pregiudizievole sull'entità e l'accertamento delle conseguenze dell'infortunio, l'assicuratore può ridurre le sue prestazioni in misura corrispondente, a meno che dalle circostanze risulti che la violazione non è imputabile a colpa, ai sensi dell'art. 45 LCA, oppure se il contraente comprova che la violazione non ha esercitato alcuna influenza sul verificarsi del sinistro e sull'estensione delle prestazioni incumbenti all'impresa di assicurazione.

### 21 Durata del contratto, disdetta

21.1 Il contratto inizia alla data stabilita sulla polizza d'assicurazione. L'assicurazione è stipulata per la durata menzionata nella polizza d'assicurazione ed è prolungata ogni volta di un anno, se uno dei partner contrattuali non abbia ricevuto una disdetta al più tardi 3 mesi prima della scadenza del contratto.

21.2 La disdetta deve avvenire per iscritto.

21.3 Inoltre, la persona assicurata e l'assicuratore possono disdire il contratto in presenza di un grave motivo ai sensi dell'art. 35b LCA.

21.4 Disdetta in caso di sinistro

a) Verificatosi un evento dannoso con obbligo di risarcimento, l'assicuratore può recedere dal contratto al massimo al momento del pagamento del risarcimento ed il contraente al massimo 14 giorni dopo aver avuto notizia dell'avvenuto pagamento, inoltrando la disdetta per iscritto. La disdetta deve pervenire all'assicuratore entro questo termine.

b) Qualora il contraente proceda alla disdetta del contratto, la copertura assicurativa è estinta al momento in cui la disdetta perviene all'assicuratore.

c) Qualora l'assicuratore disdica il contratto, la copertura assicurativa si estingue 14 giorni dopo che il contraente ha ricevuto la disdetta.

### 22 Comunicazioni all'assicuratore

Tutte le comunicazioni e gli avvisi devono essere indirizzati all'assicuratore. Tutte le comunicazioni da parte dall'assicuratore saranno indirizzate, con validità legale, all'ultimo indirizzo indicato dalla persona assicurata o dalla persona avente diritto (indirizzo postale, indirizzo e-mail).

Laddove nelle CGA sia richiesta la forma scritta, è sufficiente anche un'altra forma che permetta la prova tramite testo. Se la comunicazione non richiede alcuna formalità, essa può avvenire anche oralmente.

### 23 Luogo d'adempimento e foro competente

23.1 Gli obblighi risultanti dall'assicurazione sono da adempiere in Svizzera e in valuta svizzera.

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

### 24 Diritto applicabile e protezione dei dati

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

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

24.2 La protezione dei dati è regolata dalla LCA e dalla legge federale sulla protezione dei dati (LPD). Le modalità dell'elaborazione dei dati presso la CSS sono spiegate nella dichiarazione sulla protezione dei dati, che descrive come la CSS tratta i dati personali. La dichiarazione sulla protezione dei dati ha valore dichiarativo e non è parte integrante del contratto. Può essere consultata al sito [css.ch/protezionedeidati](https://css.ch/protezionedeidati) o richiesta all'indirizzo CSS, Consulente alla protezione dei dati, Tribtschenstrasse 21, Casella postale 2568, 6002 Lucerna.

