

Edizione 1999/2007

Assicurazione collettiva contro gli infortuni Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

- Lavoratori non assicurati in conformità alla LAINF
- Associazioni
- Manifestazioni



Indice

Copertura assicurativa

- 1 Contenuto del contratto
- 2 Persone assicurate
- 3 Validità territoriale
- 4 Definizione di infortunio
- 5 Infortuni assicurati
- 6 Infortuni non assicurati

Prestazioni assicurative

- 7 Spese di cura
- 8 Indennità giornaliera d'ospedalizzazione
- 9 Indennità giornaliera
- 10 Invalidità
- 11 Decesso
- 12 Circostanze estranee all'infortunio /
computo sulle pretese di responsabilità civile
- 13 Rinuncia alla riduzione in caso di
negligenza grave

Disposizioni generali

- 14 Inizio e fine dell'assicurazione
- 15 Disdetta in caso di sinistro
- 16 Riscossione dei premi
- 17 Modifica della tariffa dei premi
- 18 Obblighi in caso di sinistro

Disposizioni finali

- 19 Comunicazioni e obbligo d'informare
- 20 Foro competente
- 21 Base legale

Dove, per facilitare la lettura, sono usate soltanto le denominazioni di persone al maschile, esse comprendono anche le rispettive denominazioni al femminile.

L'ente assicuratore dell'assicurazione collettiva contro gli infortuni è Helsana Infortuni SA (in seguito denominata «l'assicuratore»).



Copertura assicurativa

1 Contenuto del contratto

L'assicuratore accorda le prestazioni indicate nella polizza per le conseguenze di un infortunio subito dall'assicurato nel corso della durata del contratto.

2 Persone assicurate

Sono assicurate le persone indicate nella polizza, eccetto

- il personale messo a disposizione del contraente da aziende terze;
- le persone che, in qualità di lavoratori del contraente, sono soggetti obbligatoriamente alla Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF).

3 Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo. Fuori dalla Svizzera e dal Principato del Liechtenstein, l'assicurazione è valida per i soggiorni fino a 12 mesi.

4 Definizione di infortunio

- 4.1 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.
- 4.2 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:
- a) fratture;
 - b) lussazioni di articolazioni;
 - c) lacerazioni del menisco;
 - d) lacerazioni muscolari;
 - e) stiramenti muscolari;
 - f) lacerazioni dei tendini;
 - g) lesioni dei legamenti;
 - h) lesioni del timpano.
- 4.3 Non costituiscono una lesione corporale ai sensi del par. 4.2 i danni non imputabili all'infortunio causati alle strutture applicate in seguito a malattia che sostituiscono una parte del corpo o una funzione fisiologica.

Non sono considerati infortuni:

- le malattie di ogni genere;
- il suicidio, l'automutilazione e il relativo tentativo, a meno che tali azioni vengano eseguite in uno stato senza colpa propria di totale incapacità di discernimento;
- le conseguenze di influssi unicamente psichici.

5 Infortuni assicurati

5.1 Lavoratori non assicurati in conformità alla LAINF

L'assicurazione copre gli infortuni professionali.

L'assicurazione vale anche per gli infortuni non professionali, purché sia stato concluso un accordo in tal senso; sono tuttavia assicurabili solo le persone il cui orario settimanale di lavoro nell'azienda assicurata ammonta almeno a 8 ore.

Sono considerati infortuni professionali gli infortuni che avvengono:

- durante un'attività per l'azienda assicurata o durante l'adempimento delle funzioni assicurate;
- durante le pause di lavoro, purché vengano effettuate nell'area dell'azienda;
- sul percorso da e verso il luogo di lavoro.

Tutti gli altri infortuni sono considerati infortuni non professionali.

5.2 Associazioni

La copertura assicurativa si estende agli infortuni dei membri attivi in occasione dell'attività statutaria dell'associazione e di altre manifestazioni alle quali essa partecipa o organizzate dall'associazione stessa, come ad es. prove, cortei, escursioni, spettacoli e lavori saltuari. Il tragitto verso il luogo dell'attività associativa e la via del ritorno sono assicurati solo se sussiste una convenzione speciale.

Non sono assicurati gli infortuni subiti durante l'allenamento individuale al di fuori dell'attività vera e propria dell'associazione.

5.3 Manifestazioni

Sono assicurati gli infortuni subiti durante l'attività connessa alla manifestazione indicata nella polizza. Il percorso verso la manifestazione e la via del ritorno non sono assicurati.

6 Infortuni non assicurati

- a) Sono esclusi dall'assicurazione gli infortuni che si verificano:
- in caso di eventi bellici in Svizzera;
 - in caso di eventi bellici all'estero, a meno che l'infortunio si verifichi entro 14 giorni dall'inizio di tali eventi nel paese in cui la persona assicurata soggiorna ed essa sia stata colta di sorpresa dall'inizio di tali eventi bellici;
 - a causa di terremoti in Svizzera;
 - in seguito a tumulti (atti di violenza contro persone o cose in occasione di assembramenti, sommosse o tumulti) e alle misure prese per reprimerli, a meno che la persona assicurata provi in modo attendibile che non vi ha preso parte in modo attivo o come agitatore accanto ai fautori di tumulti;
 - in seguito alla partecipazione a corse con veicoli o imbarcazioni a motore, compreso l'allenamento sul percorso;
 - durante il servizio militare all'estero;
 - in caso di partecipazione ad atti di terrorismo;
 - in caso di partecipazione a risse e baruffe;
 - infortuni subiti nell'atto di commettere un crimine o un delitto;
 - suicidio, automutilazione o il relativo tentativo; salvo che la persona assicurata, al momento dell'azione e senza propria colpa, fosse completamente incapace di agire ragionevolmente, o se il suicidio, il tentato suicidio o l'automutilazione vanno indubbiamente ascritti ad un infortunio assicurato.



- b) Inoltre non è accordata alcuna copertura assicurativa per i danni alla salute causati da radiazioni ionizzanti di ogni genere. Sono invece assicurati i danni alla salute provocati da radiazioni prescritte dal medico come conseguenza di un infortunio assicurato. I danni alla salute causati da radiazioni in relazione all'attività professionale svolta per l'azienda assicurata sono anche assicurati qualora sussista l'obbligo di prestazioni dell'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF.
- c) Inoltre, l'assicuratore rinuncia a ridurre o rifiutare le prestazioni in caso di infortuni dovuti a negligenza grave o atti temerari.

Prestazioni assicurative

7 Spese di cura

7.1 Diritto

Se le spese di cura sono assicurate, l'assicuratore indennizza i costi seguenti:

- a) le spese necessarie per trattamenti eseguiti o prescritti da un medico o da un dentista, come pure le spese ospedaliere (anche in caso di degenza nel reparto privato) e gli esborsi per cura, vitto e alloggio in caso di cure balneari e di convalescenza prescritte da un medico ed eseguite con il consenso dell'assicuratore;
- b) per la durata del trattamento medico, i costi in caso di cura a domicilio (ad es. assistenza, disbrigo delle faccende domestiche) per una persona che assiste l'assicurato e non vive con lui nella stessa economia domestica nonché i costi per il noleggio di mobilia per malati;
- c) le spese per acquistare per la prima volta protesi, occhiali, apparecchi acustici e ortopedici, come pure le spese per la loro riparazione o il loro rimpiazzo (valore a nuovo), se vengono danneggiati o distrutti a causa di un evento che necessita i trattamenti indicati al par. 7.1 a) CGA;
- d) le spese per i trasporti della persona assicurata resi necessari dall'infortunio, purché siano relativi a trattamenti; i trasporti tramite mezzi aerei, ma soltanto sino all'ospedale più vicino appropriato per il trattamento, sono pagati solo se si rivelano indispensabili per ragioni tecniche o mediche. I trasporti a mezzo di veicoli (taxi e simili) non destinati al trasporto pubblico sono pagati soltanto se non si può esigere dalla persona assicurata che utilizzi mezzi di trasporto pubblici (ferrovia, tram, autobus, ecc.);
- e) le spese per:
- azioni di recupero della salma della persona assicurata se il decesso deriva da un infortunio assicurato o da esaurimento fisico;
 - azioni di ricerca e salvataggio della persona assicurata sino alla concorrenza di CHF 20 000.-;
- f) inoltre l'assicuratore copre, fino alla concorrenza di CHF 2000.- per ogni infortunio, le spese di pulizia, di riparazione o di rimpiazzo (valore a nuovo) di abiti della persona assicurata danneggiati in occasione di un infortunio risarcibile, come pure le spese per la pulizia di veicoli o altri oggetti appartenenti a privati che si sono prodigati per il salvataggio e il trasporto del ferito;

- g) su richiesta dell'assicurato, l'assicuratore può emettere una garanzia d'assunzione dei costi non appena venga accertato l'obbligo dell'assicuratore di erogare prestazioni.

7.2 Limitazione all'estero

L'assicuratore rimborsa le spese sorte all'estero e secondo le tariffe locali solo se l'assicurato subisce l'infortunio all'estero.

7.3 Prestazioni di terzi

Se l'assicurato ha diritto anche a prestazioni secondo la LAINF, l'assicurazione militare federale (AM) o l'assicurazione per l'invalidità federale (AI), oppure se tali prestazioni sono state erogate da un terzo responsabile, l'assicuratore le completa fino a concorrenza delle spese di cura risultate. L'assicuratore paga al massimo le spese specificate al par. 7.1 CGA. Tale disposizione vale anche per i corrispondenti istituti assicurativi con sede nel Principato del Liechtenstein e in altri Paesi. Se per le spese di cura esistono più assicurazioni presso compagnie concessionarie, le spese assicurate secondo il presente contratto vengono corrisposte soltanto in rapporto alle prestazioni garantite da tutti gli assicuratori coinvolti. Non viene tuttavia presa in considerazione l'eventuale assicurazione secondo la LAINF presso una compagnia concessionaria.

8 Indennità giornaliera d'ospedalizzazione

8.1 Diritto

L'assicuratore paga l'indennità giornaliera d'ospedalizzazione pattuita per tutta la durata di una degenza in ospedale o in un istituto di cura balneare o di convalescenza prescritta da un medico e medicalmente necessaria.

In caso di cura a domicilio (ad es. cura dell'infortunato, disbrigo delle faccende domestiche), invece dell'indennità d'ospedalizzazione, l'assicuratore rimborsa il costo del personale curante (esclusi i familiari), al giorno tuttavia al massimo la metà dell'indennità d'ospedalizzazione. Questa prestazione viene concessa a condizione che, pur essendo giudicata necessaria dal medico, l'ospedalizzazione non sia possibile o che si possa dimostrare che la degenza ospedaliera sia stata abbreviata o evitata.

Per le degenze ospedaliere o le cure balneari o di convalescenza all'estero, l'assicuratore paga l'indennità giornaliera d'ospedalizzazione solo se l'assicurato subisce l'infortunio all'estero.

8.2 Durata delle prestazioni

Per ogni infortunio assicurato, l'assicuratore accorda l'indennità giornaliera d'ospedalizzazione per un massimo di 1800 giorni, conteggiando assieme le degenze in ospedali o stabilimenti di cura balneari o di convalescenza.

Per la cura a domicilio, sono assunti in aggiunta i costi per un massimo di 200 giorni di cura per ogni infortunio.



9 Indennità giornaliera

- 9.1 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.
- 9.2 Se conformemente alla constatazione del medico l'assicurato è incapace al lavoro, in caso di incapacità totale l'assicuratore paga l'indennità giornaliera indicata nel contratto.
- 9.3 In caso di incapacità parziale al lavoro, l'ammontare dell'indennità giornaliera viene calcolato in base al grado dell'incapacità stessa. I giorni di parziale incapacità al lavoro contano per intero per l'accertamento del periodo d'attesa e della durata delle prestazioni.
- 9.4 Per ogni infortunio, l'indennità giornaliera viene corrisposta per una durata massima di 720 giorni nell'arco di 5 anni a decorrere dal giorno dell'infortunio. Essa viene versata a partire dal giorno convenuto.
- 9.5 Agli assicurati di età inferiore ai 16 anni, l'assicuratore paga unicamente la perdita di guadagno effettiva.

della vista di un occhio se quella dell'altro occhio era già totalmente persa prima dell'infortunio	70%
dell'udito da entrambe le orecchie	60%
dell'udito da un orecchio	15%
dell'udito da un orecchio se quello dell'altro orecchio era già totalmente perso prima dell'infortunio	45%
di un rene	20%
della milza	5%
dell'olfatto	3%
del gusto	3%

- b) Se la perdita o la privazione dell'uso è parziale, il grado d'invalidità è proporzionalmente ridotto.
- c) In caso di perdita o privazione contemporanea dell'uso di diverse membra o organi, il grado d'invalidità, che non potrà comunque superare il 100%, è stabilito sommando le diverse menomazioni.
- d) Nei casi non contemplati qui sopra, il grado d'invalidità si determina analogamente alle percentuali summenzionate.
- e) L'aggravamento delle conseguenze di un infortunio per effetto di infermità pregresse non dà diritto ad un capitale d'invalidità superiore. Se la parte del corpo era già totalmente o parzialmente persa o inabile prima dell'infortunio, per determinare il grado d'invalidità si dedurrà il grado d'invalidità preesistente dal grado d'invalidità totale calcolato secondo i tassi di cui sopra. Restano salve le disposizioni del par. 10.2 a) CGA riguardanti la perdita della vista e dell'udito.

10 Invalidità

10.1 Capitale d'invalidità

Se un infortunio ha come conseguenza un'invalidità presumibilmente permanente, l'assicuratore versa il capitale d'invalidità convenuto. L'importo viene calcolato in base al grado d'invalidità, alla somma assicurativa convenuta e alla variante di prestazione scelta. Non è peraltro essenziale sapere se e in quale misura ne risulti una perdita di guadagno.

10.2 Grado d'invalidità

Per la determinazione del grado d'invalidità valgono i principi seguenti:

- a) gradi d'invalidità fissi in caso di perdita totale o privazione completa dell'uso

di ambedue le braccia o mani, di ambedue le gambe o piedi, di un braccio o di una mano e simultaneamente di una gamba o di un piede	100%
di un braccio al di sopra del gomito	70%
di un avambraccio o di una mano	60%
di un pollice	22%
di un indice	15%
di un altro dito	8%
di una gamba al di sopra del ginocchio	60%
di una gamba al di sotto del ginocchio	50%
di un piede	40%
della vista di entrambi gli occhi	100%
della vista di un occhio	30%

10.3 Varianti di prestazione

Il capitale d'invalidità viene calcolato come segue, a seconda della variante di prestazione convenuta (A o B):

varianti in base alla singola somma di assicurazione o un multiplo di questa:

	Variante A	Variante B
per la parte del grado d'invalidità sino al 25%	1 volta	1 volta
per la parte del grado d'invalidità superiore al 25% e sino al 50%	2 volte	3 volte
per la parte del grado d'invalidità superiore al 50%	3 volte	5 volte



La prestazione d'invalidità in percentuale della somma assicurata convenuta viene quindi stabilita come segue:

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

10.4 Pagamento sotto forma di rendita

Se la persona assicurata lo desidera o se al momento dell'infortunio essa ha compiuto il 65° anno d'età, l'assicuratore versa una rendita vitalizia invece del capitale.

L'importo della rendita annua viene fissato in base all'età della persona assicurata all'inizio del versamento e al capitale d'invalidità determinato secondo i par. 10.1 – 10.3 CGA.

Per ogni CHF 1000.– di capitale d'invalidità, la rendita d'invalidità è la seguente:

Età	CHF	Età	CHF
16 – 27	45.–	57	73.–
28 – 32	48.–	58	75.–
33 – 37	50.–	59	77.–
38 – 42	53.–	60	79.–
43 – 45	56.–	61	81.–
46 – 48	59.–	62	84.–
49 – 51	62.–	63	86.–
52 – 54	66.–	64	89.–
55	70.–	65 e oltre	92.–
56	71.–		

La rendita viene versata trimestralmente e in anticipo.

10.5 Esigibilità

Le prestazioni dovute sono esigibili non appena è accertata l'invalidità presumibilmente permanente e termina l'eventuale corresponsione dell'indennità giornaliera.

11 Decesso

Se la persona assicurata decede in seguito all'infortunio, l'assicuratore paga il capitale convenuto in caso di decesso agli aventi diritto nell'ordine successivo seguente:

- il coniuge;
- i figli; sono parificati ai figli gli affiliati che hanno diritto ad una rendita in base all'assicurazione contro gli infortuni secondo la LAINF;
- i genitori.

Se non esiste nessuno dei superstiti menzionati, l'assicuratore paga le spese di sepoltura fino al 10% della somma per il caso di decesso.

Per le persone assicurate che al momento dell'infortunio non hanno ancora compiuto 16 anni, l'indennità in caso di decesso è limitata a CHF 20 000.– al massimo.

Le prestazioni d'invalidità già versate per lo stesso infortunio sono scalate dal capitale in caso di decesso.

12 Circostanze estranee all'infortunio/computo sulle pretese di responsabilità civile

12.1 Se il danno alla salute è soltanto in parte conseguenza di un infortunio assicurato, le prestazioni per le spese di cura, l'indennità giornaliera d'ospedalizzazione e l'indennità giornaliera non vengono ridotte. Se l'invalidità è soltanto in parte la conseguenza di un infortunio assicurato, il capitale d'invalidità viene fissato in proporzione alla quota dovuta all'infortunio accertata da una perizia medica. Lo stesso principio vale per analogia per la determinazione del capitale di decesso.

12.2 Le prestazioni erogate da questa assicurazione vengono computate alla responsabilità civile del contraente e a quella degli altri lavoratori nell'azienda o membri attivi di associazioni nella misura in cui il contraente ha partecipato al pagamento del premio.

13 Rinuncia alla riduzione in caso di negligenza grave

L'assicuratore rinuncia al diritto concessogli dalla legge di ridurre le prestazioni se l'infortunio è stato provocato per negligenza grave.

Disposizioni generali

14 Inizio e fine dell'assicurazione

- a) L'assicurazione decorre dalla data indicata nella polizza o nella conferma scritta della proposta dell'assicuratore.
- b) Il contratto collettivo viene stipulato per la durata indicata nella polizza. Alla data di scadenza esso si rinnova tacitamente di anno in anno, a meno che una delle parti contraenti l'abbia disdetto almeno 3 mesi prima. Se il contratto è stipulato per una durata inferiore ad un anno, esso si estingue alla data indicata nella polizza.
- c) Il contratto collettivo si estingue:
 - in caso di disdetta;
 - in caso di fallimento del contraente;
 - in caso di trasferimento all'estero della sede dell'azienda;
 - in caso di cessazione dell'attività aziendale;
 - al momento del passaggio di proprietà.



15 Disdetta in caso di sinistro

Il contraente ha il diritto di disdire il contratto ogni volta che l'assicuratore gli versa un indennizzo per un nuovo infortunio. La disdetta deve avvenire per iscritto e pervenire all'assicuratore entro 14 giorni dopo che il cliente è venuto a conoscenza dell'ultimo versamento per un infortunio. Il contratto si estingue con la ricezione di tale comunicazione da parte dell'assicuratore. L'assicuratore rinuncia a questo diritto di disdetta.

16 Riscossione dei premi

Salvo patto contrario, il premio viene fissato per ogni anno assicurativo ed è dovuto in anticipo il giorno di scadenza convenuto.

In caso di pagamento parziale, le rate non ancora pagate di un premio annuo restano dovute. L'assicuratore può riscuotere un supplemento per ogni rata.

Se il premio annuo è provvisorio (premio anticipato), il premio definitivo viene calcolato sulla base delle dichiarazioni annuali dovute dal contraente. A tale scopo il contraente riceve dall'assicuratore un apposito modulo di dichiarazione. Per la verifica dei dati, l'assicuratore può consultare tutti i documenti rilevanti. I premi successivi o retroattivi scadono con l'invio del conteggio al contraente.

Se il premio è stato pagato in anticipo per una determinata durata d'assicurazione e il contratto si estingue, per motivi legali o previsti dalle norme contrattuali, prima della fine di tale durata, l'assicuratore rimborsa il premio relativo al periodo d'assicurazione non trascorso.

L'assicuratore conserva il diritto al premio se il contraente recede dal contratto durante l'anno successivo alla sua conclusione.

17 Modifica della tariffa dei premi

Se durante la durata del contratto la tariffa dei premi subisce modifiche, l'assicuratore può domandare l'adattamento del contratto a partire dall'anno d'assicurazione seguente. In tal caso, l'assicuratore deve comunicare il nuovo premio al contraente entro 25 giorni prima della conclusione dell'anno assicurativo.

Di conseguenza, il contraente ha il diritto di disdire il contratto, integralmente o solo in relazione al genere di prestazione che ha subito l'aumento del premio, per la fine dell'anno assicurativo in corso. Se il contraente fa valere tale diritto, il contratto si estingue, nella misura stabilita dal contraente, alla scadenza dell'anno assicurativo. Affinché la disdetta sia valida, essa deve pervenire all'assicuratore entro l'ultimo giorno dell'anno assicurativo.

Se il contraente non invia la disdetta, si deduce che sia d'accordo con l'adeguamento del contratto secondo la nuova tariffa dei premi.

18 Obblighi in caso di sinistro

Se un infortunio implica probabilmente l'erogazione di prestazioni,

- si deve provvedere, non appena possibile, a una cura medica adeguata e osservare le prescrizioni del medico. La persona assicurata è tenuta a sottoporsi a una visita effettuata da medici incaricati dall'assicuratore;
- il contraente o l'avente diritto è tenuto a darne avviso immediato all'assicuratore utilizzando l'apposito formulario. In caso di decesso, l'assicuratore deve essere avvisato con la tempestività necessaria per far sì che, prima che abbia luogo la sepoltura, esso possa far eseguire a sue spese un'autopsia, premesso che il decesso possa essere dovuto a cause diverse dall'infortunio. I superstiti aventi diritto devono dare il loro consenso all'autopsia;

in caso di violazione colposa degli obblighi contrattuali suscettibile di influire sull'accertamento o sull'entità delle conseguenze dell'infortunio, l'assicuratore ha la facoltà di ridurre le proprie prestazioni, a meno che venga dimostrato che tale violazione non ha influito né sull'accertamento dell'infortunio né sulle conseguenze dello stesso.

Disposizioni finali**19 Comunicazioni e obbligo d'informare****19.1 Al contraente:**

tutte le comunicazioni al contraente, o all'ufficio di riferimento da lui nominato, vengono indirizzate all'ultimo recapito in Svizzera noto all'assicuratore.

19.2 Alle persone assicurate:

tutte le comunicazioni alle persone assicurate spettano al contraente. Quest'ultimo ha l'obbligo di informare tutte le persone assicurate sui contenuti fondamentali del contratto.

19.3 All'assicuratore:

tutte le comunicazioni devono essere indirizzate direttamente all'assicuratore in tedesco, francese, italiano o inglese. Per i documenti redatti in altre lingue deve essere allegata una traduzione autentica.

19.4 Se il contraente cambia il suo domicilio aziendale, il suo ufficio di riferimento, il genere di azienda, oppure cambiano i rapporti di proprietà dell'azienda, l'assicuratore deve essere immediatamente informato per iscritto.**20 Foro competente**

Per le vertenze giuridiche derivanti dal contratto d'assicurazione è competente, a scelta, il tribunale della località svizzera dove ha domicilio il contraente o gli aventi diritto, oppure la sede principale di Helsana Infortuni SA.

21 Base legale

Qualora il presente contratto non preveda altrimenti, valgono le disposizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

