

Il gruppo Helsana comprende Helsana Assicurazioni SA,
Helsana Assicurazioni integrative SA, Helsana Infortuni SA
e Progrès Assicurazioni SA.

Helsana

Edizione 2002/2007

Assicurazione contro gli infortuni individuale e assicurazione contro gli infortuni per bambini Condizioni generali d'assicurazione (CGA)



Indice

Copertura assicurativa

- 1 Oggetto dell'assicurazione
- 2 Definizione di infortunio
- 3 Infortuni non assicurati
- 4 Validità territoriale

Prestazioni assicurative

- 5 Decesso
- 6 Invalidità
- 7 Indennità giornaliera
- 8 Indennità giornaliera d'ospedalizzazione
- 9 Spese di cura
- 10 Circostanze estranee all'infortunio
- 11 Riduzione delle prestazioni assicurative

Caso di sinistro

- 12 Obblighi in caso di sinistro
- 13 Cure mediche, informazioni
- 14 Conseguenze in caso di comportamento contraveniente al contratto

Disposizioni generali

- 15 Inizio e fine dell'assicurazione; copertura provvisoria
- 16 Durata contrattuale
- 17 Disdetta in caso di sinistro
- 18 Scadenza dei premi
- 19 Modifica dei premi o delle franchigie
- 20 Diritto al rimborso del premio
- 21 Esenzione dai premi nell'assicurazione contro gli infortuni per bambini

Disposizioni finali

- 22 Comunicazioni e obbligo d'informare
- 23 Foro competente
- 24 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 contro gli infortuni individuale e dell'assicurazione contro gli infortuni per bambini è Helsana Infortuni SA (in seguito denominata «l'assicuratore»).



Copertura assicurativa

1 Oggetto dell'assicurazione

L'assicuratore accorda la copertura assicurativa contro le conseguenze economiche di infortuni durante la durata contrattuale.

2 Definizione di infortunio

- 2.1 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.
- 2.2 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:
- fratture;
 - lussazioni di articolazioni;
 - lacerazioni del menisco;
 - lacerazioni muscolari;
 - stiramenti muscolari;
 - lacerazioni dei tendini;
 - lesioni dei legamenti;
 - lesioni del timpano.
- 2.3 Non costituiscono una lesione corporale ai sensi del par. 2.2 i danni non imputabili all'infortunio causati alle strutture applicate in seguito a malattia che sostituiscono una parte del corpo o una funzione fisiologica.

3 Infortuni non assicurati

Non danno alcun diritto alle prestazioni assicurate:

- le conseguenze di terremoti in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein;
- le conseguenze di eventi bellici in Svizzera e nel Principato del Liechtenstein;
- le conseguenze di eventi bellici all'estero, a meno che il danno alla salute sia causato entro 14 giorni dall'inizio di tali eventi nel paese in cui l'assicurato soggiorna ed egli sia stato colto di sorpresa dall'inizio di tali eventi bellici;
- le conseguenze di disordini di ogni genere e delle misure prese per reprimerli, a meno che la persona assicurata possa dimostrare che non vi ha preso parte in modo attivo o come agitatore accanto ai fautori dei disordini;
- i trattamenti estetici, a meno che non siano dovuti a un evento assicurato;
- gli infortuni in seguito alla partecipazione a corse con veicoli a motore, compreso l'allenamento sul percorso;
- gli infortuni in seguito all'esecuzione premeditata di crimini o delitti da parte della persona assicurata o in seguito al tentativo di commetterli. Questa disposizione non si applica per l'assicurazione del capitale in caso di decesso;
- i danni alla salute causati da radiazioni ionizzanti di ogni genere;
- il suicidio, l'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 a un infortunio assicurato.

4 Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo. Tuttavia l'assicurazione si estingue con la fine dell'anno assicurativo in cui la persona assicurata trasferisce il suo domicilio all'estero (ad eccezione del Principato del Liechtenstein).

Prestazioni assicurative

5 Decesso

- 5.1 Se la persona assicurata decede entro 5 anni, calcolati a partire dal giorno dell'infortunio, a seguito di un infortunio assicurato, l'assicuratore paga il capitale assicurato per il caso di decesso al beneficiario indicato dal contraente nella proposta o comunicatoci per iscritto in un secondo tempo. Se non è stato indicato un beneficiario, agli eredi legali della persona assicurata.
- 5.2 Se non esiste nessuno dei superstiti menzionati al par. 5.1, sono rimborsati soltanto i costi di sepoltura fino al 10% della somma in caso di decesso se tali costi non sono stati pagati da un assicuratore o da terzi responsabili.
- 5.3 Un'indennità d'invalidità eventualmente già pagata per lo stesso infortunio è scalata dalla somma in caso di decesso.

6 Invalidità

Se una persona assicurata diventa invalida, l'assicuratore paga il capitale d'invalidità. L'importo viene calcolato in base al grado d'invalidità, alla somma di assicurazione convenuta e alla variante di prestazione scelta. Non è peraltro essenziale sapere se e in quale misura ne risulti una perdita di guadagno.

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

- a) Gradi d'invalidità fissi in caso di perdita 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 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% |
| della vista di un occhio se quella dell'altro occhio era già totalmente perso 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. 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.
- c) Nei casi non contemplati qui sopra, il grado d'invalidità si determina analogamente alle percentuali summenzionate. Un aggravamento delle conseguenze dell'infortunio a seguito di infermità pregresse non dà diritto a un'indennità d'invalidità più elevata rispetto al caso in cui l'infortunio avesse leso una persona fisicamente sana. 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. 6.1 a) CGA riguardanti la perdita della vista e dell'udito.
- d) Per disturbi psichici o nervosi viene pagata un'indennità solamente nella misura in cui essi siano da attribuirsi a malattie organiche del sistema nervoso causate dall'infortunio.
- e) La determinazione del grado d'invalidità avviene solo sulla base dello stato di salute dell'assicurato prevedibilmente durevole, al più tardi tuttavia cinque anni dopo l'infortunio. L'indennità d'invalidità non è dovuta fintanto che viene pagata l'indennità giornaliera.
- 6.2 Il capitale d'invalidità viene calcolato come segue, a seconda della variante di prestazione convenuta (A o B):

| | Variante A | Variante B |
|--|--|--|
| per la parte del grado d'invalidità che non supera il 25%: | sulla base della somma assicurata semplice | sulla base della somma assicurata semplice |
| per la parte del grado d'invalidità superiore al 25 % ma che non oltrepassa il 50 %: | sul doppio della somma assicurata | sul triplo della somma assicurata |
| per la parte del grado d'invalidità superiore al 50 %: | sul triplo della somma assicurata | sul quintuplo della somma assicurata |

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 | | Grado d'invalidità | Variante di prestazione | |
|--------------------|-------------------------|----|--------------------|-------------------------|-----|--------------------|-------------------------|-----|--------------------|-------------------------|-----|
| | 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 | | | |

- 6.3 Se al momento dell'infortunio l'assicurato ha compiuto il 70° anno d'età, la prestazione assicurativa per invalidità permanente ai sensi delle disposizioni precedenti viene versata sotto forma di una rendita vitalizia pari al 10 % all'anno del capitale previsto per questa invalidità. L'assicuratore paga la rendita anticipatamente a scadenza trimestrale.

7 Indennità giornaliera

Per l'incapacità al lavoro causata da un infortunio, l'assicuratore versa l'indennità giornaliera convenuta.

- 7.1 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.
- 7.2 Se la persona assicurata è solo parzialmente incapace al lavoro, essa riceve un'indennità giornaliera corrispondente al grado dell'incapacità. Un'incapacità al lavoro inferiore al 25 % non dà diritto ad alcuna prestazione.
- 7.3 Se subentra una modifica del grado dell'incapacità al lavoro, le prestazioni vengono adeguate a partire dal giorno in cui interviene il cambiamento. Un cambiamento del grado dell'incapacità al lavoro va notificato immediatamente.
- 7.4 Per il giorno dell'infortunio non viene corrisposta alcuna prestazione. Il periodo d'attesa convenuto decorre dall'accertamento medico dell'incapacità al lavoro, ma al più presto dal giorno susseguente l'infortunio.



Il diritto a indennità giornaliera dura al massimo 720 giorni nell'arco di 5 anni a partire dal giorno dell'infortunio, al massimo però fino al momento del pagamento di un'indennità d'invalidità eventualmente dovuta secondo il par. 6. Se è stato convenuto un periodo d'attesa, esso viene scalato dalla durata delle prestazioni di 720 giorni. Per la determinazione del periodo d'attesa, i giorni di incapacità al lavoro totale o parziale vengono contati come giorni interi.

7.5 In caso di degenza in stabilimenti di cura balneare o di convalescenza, la persona assicurata ha diritto all'indennità giornaliera solo se la cura è stata prescritta dal medico e se è stata preventivamente chiesta l'autorizzazione dell'assicuratore.

8 Indennità giornaliera d'ospedalizzazione

L'indennità giornaliera convenuta per la degenza in ospedale o in uno stabilimento di cura balneare o di convalescenza viene accordata dall'assicuratore per tutta la durata di una degenza in ospedale o in uno stabilimento di cura balneare o di convalescenza medicalmente necessaria a seguito di un infortunio assicurato.

8.1 L'indennità giornaliera d'ospedalizzazione viene versata per una durata illimitata. Per una degenza di cura balneare o di convalescenza, l'indennità giornaliera d'ospedalizzazione viene pagata per 30 giorni per cura, al massimo però per 120 giorni per tutte le cure complessive eseguite nell'arco di 5 anni civili, dei quali solo 60 giorni al massimo vengono accordati per cure di convalescenza.

8.2 Un diritto alle prestazioni per soggiorni in stabilimenti di cura balneare o di convalescenza sussiste solo se la cura è stata prescritta da un medico e se la persona assicurata era già in cura medica prima dell'inizio della cura balneare o di convalescenza. Inoltre, per le cure balneari e le diete, è necessario che le stesse vengano eseguite sotto assistenza medica. I soggiorni per cure di convalescenza sono assicurati unicamente se eseguiti in uno stabilimento di cura diretto da un medico.

8.3 Per soggiorni di cura in stabilimenti di cura balneare o di convalescenza all'estero, la persona assicurata ha diritto all'indennità giornaliera d'ospedalizzazione solo se ha ottenuto anticipatamente l'autorizzazione dell'assicuratore per la cura.

9 Spese di cura

L'assicuratore rimborsa le spese per le cure necessarie dal profilo medico a seguito di un infortunio assicurato illimitatamente entro 5 anni dall'evento; le spese risultanti dopo tale periodo fino ad un massimo di CHF 50 000.-.

9.1 L'assicuratore rimborsa, sulla base della tariffa in vigore nel luogo di cura:

- le spese per trattamenti, compresi i medicinali, eseguiti o prescritti da un medico qualificato e le spese per la degenza necessaria dal profilo medico in un ospedale o in uno stabilimento di cura balneare o di convalescenza, compresa la tariffa giornaliera;
- le spese per i trattamenti di chiropratici ufficialmente riconosciuti;

c) le spese per cure dentarie, compresa la sostituzione di denti, effettuate o prescritte da un dentista qualificato.

Nell'assicurazione contro gli infortuni per bambini: per i danni ai denti di bambini assicurati, l'assicuratore si assume le cure intermedie e la cura definitiva per la sistemazione dei denti danneggiati, al massimo però fino al compimento del 22° anno d'età;

d) le spese per i mezzi ausiliari medicalmente necessari, purché siano prescritti da un medico e siano necessari a seguito di un evento assicurato, quali protesi, sostituzione artificiale di un organo, pace-maker, valvole cardiache artificiali, ecc. come pure le spese per acquistare per la prima volta occhiali da vista (montatura semplice), lenti a contatto, apparecchi acustici, scarpe ortopediche e il noleggio o per acquistare per la prima volta stampelle, bastoni di sostegno o mobilia per malati. Non sono rimborsati i costi per mezzi di locomozione meccanici;

– l'assicuratore rimborsa anche le spese di riparazione o di rimpiazzo (valore a nuovo) di protesi, occhiali, lenti a contatto, apparecchi acustici, mezzi ausiliari ortopedici danneggiati o distrutti a seguito di un infortunio che ha richiesto un intervento medico;

– fino alla concorrenza di CHF 3000.- per ogni infortunio, l'assicuratore rimborsa le spese di pulizia, di riparazione o di rimpiazzo (valore a nuovo) degli abiti della persona assicurata danneggiati in occasione di un infortunio risarcibile, nonché le spese per la pulizia di veicoli o altri oggetti appartenenti a privati che si sono prodigati per il recupero e il trasporto della persona infortunata;

e) le spese per cure a domicilio prescritte dal medico e prestate da personale infermieristico diplomato. Sono equiparati al personale infermieristico diplomato gli infermieri e le infermiere messi a disposizione dalle organizzazioni per le cure a domicilio. Non vengono invece pagati gli interventi di aiuti domiciliari che non hanno funzione infermieristica;

f) le seguenti spese di ricerca, salvataggio, recupero e trasporto:

- le spese per le azioni di ricerca volte al salvataggio o recupero della persona assicurata, fino a CHF 20 000.-;
- le spese per ogni intervento di salvataggio, recupero e trasporto resosi necessario a seguito di un evento assicurato. I trasporti aerei sono pagati unicamente se sono indispensabili per ragioni mediche o tecniche;
- in caso di decesso fuori dal domicilio della persona assicurata, le spese per il trasporto della salma al suo domicilio attuale in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein, comprese le spese dovute a eventuali formalità doganali.

9.2 Le spese per una degenza di cura balneare o di convalescenza sono pagate per un massimo di 30 giorni per cura, al massimo però per 120 giorni per tutte le cure complessive eseguite nell'arco di 5 anni civili, dei quali solo 60 giorni al massimo vengono accordati per cure di convalescenza.

Un diritto alle prestazioni per soggiorni in stabilimenti di cura balneare o di convalescenza sussiste solo se la cura è stata prescritta da un medico e se la persona assicurata era già in cura medica prima dell'inizio



della cura balneare o di convalescenza. Inoltre, per le cure balneari e le diete, è necessario che le stesse vengano eseguite sotto assistenza medica.

I soggiorni per cure di convalescenza sono assicurati unicamente se eseguiti in uno stabilimento di cura diretto da un medico.

- 9.3 Se una persona assicurata subisce un infortunio in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein e vuole farsi curare all'estero, essa ha diritto alle prestazioni solo se ha chiesto e ottenuto anticipatamente l'autorizzazione dell'assicuratore. Lo stesso vale per soggiorni di cura balneare o di convalescenza all'estero.
- 9.4 Le prestazioni contrattuali sono accordate per infortuni che avvengono dopo l'inizio dell'assicurazione.
- 9.5 In caso di ricovero ospedaliero, l'assicuratore rilascia la garanzia d'assunzione dei costi. Se l'assicuratore non è tenuto a prestazioni o se l'entità dell'obbligo a prestazioni è inferiore alle prestazioni accordate con la garanzia dell'assunzione dei costi, la persona assicurata si impegna a rimborsare la differenza all'assicuratore entro il termine di un mese.
- 9.6 Spese di cura a complemento dell'assicurazione malattia o dell'assicurazione legale contro gli infortuni: Se le spese di cura sono assicurate a complemento delle prestazioni di un'assicurazione malattia o dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, l'assicuratore si assume, nell'ambito delle presenti condizioni, la parte di spese non coperte dall'assicurazione malattia o dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni.

Le aliquote percentuali, le franchigie e le tasse fatturate dall'assicurazione malattia non vanno a carico dell'assicuratore.

Se al momento in cui avviene l'infortunio non sussiste più la copertura dell'assicurazione malattia o dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni o se l'assicurazione malattia esige che l'assicuratore versi per primo le sue prestazioni, quest'ultimo si assume il 50% dei costi che avrebbe dovuto rimborsare nell'ambito delle presenti condizioni.

Se per le spese di cura sussistono più assicurazioni presso compagnie concessionarie, le spese vengono versate complessivamente una volta sola. In tal caso l'obbligo di prestazione dell'assicuratore è regolamentato dalle disposizioni legali. L'indennizzo viene meno nella misura in cui le spese di cura vanno a carico dell'assicurazione contro gli infortuni prescritta dalla legge (LAINF), dell'assicurazione militare federale (AM) o dell'assicurazione federale per l'invalidità (AI).

9.7 Terzi responsabili:

Se le spese di cura sono state pagate da un terzo responsabile o dal suo assicuratore, l'assicuratore rimborsa soltanto la parte non coperta di tali spese.

Se l'assicuratore deve intervenire al posto del responsabile, la persona assicurata deve cedergli le sue pretese di responsabilità civile fino all'importo dei suoi esborsi.

10 Circostanze estranee all'infortunio

Se malattie già esistenti o aggiuntisi che non sono state provocate dall'infortunio aggravano notevolmente le conseguenze dell'infortunio, l'assicuratore rimborsa soltanto una parte delle prestazioni assicurate conformemente a quanto stabilito da una perizia medica. Tale limitazione non vale però per l'assicurazione delle spese di cura.

11 Riduzione delle prestazioni assicurative

L'assicuratore rinuncia al diritto concessogli dalla legge di ridurre le prestazioni se l'assicurato ha provocato l'infortunio per negligenza grave. Resta tuttavia salva una riduzione per gli infortuni subiti nell'atto di commettere un crimine o un delitto.

Caso di sinistro

12 Obblighi in caso di sinistro

Ogni caso assicurativo per il quale si presume potrebbe esservi un diritto a prestazioni, va notificato all'assicuratore entro 5 giorni dall'evento o, per l'indennità giornaliera, dal termine del periodo di attesa.

- 12.1 I decessi vanno notificati all'assicuratore per telefono o per fax e e-mail entro 24 ore anche se l'infortunio è già stato notificato.

L'assicuratore può chiedere l'autopsia della salma. Il diritto alle prestazioni viene meno se l'autopsia è rifiutata o se è stata resa impossibile a causa del ritardo della notifica del decesso.

13 Cure mediche, informazioni

- 13.1 La persona assicurata deve sottoporsi regolarmente a trattamenti o controlli medici. Inoltre, la persona assicurata è tenuta a sottoporsi, a spese dell'assicuratore, alle visite mediche che quest'ultimo ritiene necessarie. L'assicuratore ha il diritto di controllare il rispetto delle prescrizioni del medico tramite visite agli ammalati.
- 13.2 La persona assicurata è tenuta a collaborare all'esecuzione della presente assicurazione. Deve fornire all'assicuratore segnatamente tutti i dati di cui l'assicuratore necessita per l'accertamento del diritto a prestazione e per la determinazione dell'ammontare delle prestazioni.

14 Conseguenze in caso di comportamento contravvenente al contratto

L'obbligo di prestazioni dell'assicuratore viene meno se il contraente o l'avente diritto non ottempera agli obblighi citati ai par. 12 e 13, a meno che non venga provato che la non osservanza degli obblighi sia dovuta senza colpa.



Disposizioni generali

15 Inizio e fine dell'assicurazione; copertura provvisoria

Con la ricezione da parte dell'assicuratore della proposta, al più presto però a partire dalla data dell'inizio del contratto previsto nella proposta, l'assicuratore accorda al proponente una copertura provvisoria per gli infortuni per i quali quest'ultimo può dimostrare che essi non sono sopravvenuti già prima di tale momento.

La copertura provvisoria è limitata a 3 mesi e può essere revocata dall'assicuratore in qualsiasi momento. In tal caso, la copertura assicurativa si estingue dopo 3 giorni dalla ricezione da parte del proponente della comunicazione dell'assicuratore. Se non viene eseguita la revoca, la copertura provvisoria sussiste fino alla consegna della polizza al contraente, al massimo però per 3 mesi.

16 Durata contrattuale

16.1 La copertura assicurativa inizia il giorno indicato nella polizza.

16.2 Il contratto è stipulato per la durata convenuta. Alla scadenza, il contratto si rinnova tacitamente di anno in anno se una delle parti contraenti (il contraente o l'assicuratore) non lo disdice almeno tre mesi prima della scadenza. La copertura assicurativa termina il giorno in cui la disdetta diviene effettiva.

I contratti stipulati per una durata inferiore a un anno si estinguono automaticamente.

16.3 La copertura assicurativa per l'indennità giornaliera termina alla fine dell'anno assicurativo in cui la persona assicurata compie 65 anni. Se la persona assicurata continua a esercitare, oltre questa data, un'attività professionale regolare, l'assicurazione può essere mantenuta sulla base di una convenzione speciale.

16.4 Al termine dell'anno assicurativo in cui la persona assicurata compie 70 anni, l'assicuratore può adeguare le prestazioni alla nuova situazione ed eventualmente applicare un tasso di tariffa più elevato. Le disposizioni relative alla modifica dei premi (par. 19) sono applicabili per analogia.

16.5 Assicurazione contro gli infortuni per bambini: al termine dell'anno assicurativo in cui il bambino assicurato compie 16 anni, l'assicurazione si estingue automaticamente per il relativo bambino.

17 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.

18 Scadenza dei premi

Salvo patto contrario, il premio è fissato per ogni anno assicurativo ed è dovuto in anticipo per la data stabilita nella polizza.

19 Modifica dei premi o delle franchigie

Se le tariffe dei premi e/o il regolamento concernente la franchigia subiscono modifiche durante la durata del contratto, l'assicuratore può chiedere l'adeguamento del contratto per l'inizio dell'anno assicurativo seguente. A tale scopo, l'assicuratore comunica al contraente i nuovi premi e/o franchigie al più tardi 25 giorni prima del termine dell'anno assicurativo.

Il contraente ha il diritto di disdire il contratto per la fine dell'anno assicurativo in corso, integralmente o in relazione a singole prestazioni. 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.

20 Diritto al rimborso del premio

20.1 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.

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

20.3 Un periodo d'assicurazione inizia con la scadenza principale secondo la polizza e dura un anno.

21 Esenzione dai premi nell'assicurazione contro gli infortuni per bambini

21.1 In caso di invalidità o decesso del contraente, l'assicurazione viene mantenuta esente da premi fino alla scadenza contrattuale indicata nella polizza. Helvetia Assicurazioni si assume il pagamento dei premi al posto del contraente per gli anni assicurativi successivi.

21.2 Viene considerata invalidità la riduzione medicalmente provata e presumibilmente permanente della capacità di guadagno di almeno il 75%. Il decesso del contraente deve essere comunicato all'assicuratore con il certificato di morte. Se la Svizzera o il Principato del Liechtenstein entrano in guerra o sono coinvolti in operazioni di carattere bellico, il par. 21.1 cessa di essere in vigore e il premio viene ridotto in modo corrispondente a partire dalla successiva scadenza. Per i contratti già esenti da premi, l'esenzione dal premio viene continuata in piena misura.



Disposizioni finali

22 Comunicazioni e obbligo d'informare

22.1 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.

22.2 All'assicuratore:

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

22.3 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.

23 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.

24 Base legale

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

