

Disposizioni generali d'assicurazione
Edizione 01.01.2017

Business One

Assicurazione contro gli infortuni
secondo la LAINF

Sommario

1. Persone assicurate	3
2. Estensione della copertura assicurativa	3
3. Prestazioni dell'assicurazione	4
4. Accettazione del contratto, diritto di rettifica	6
5. Durata del contratto, disdetta	6
6. Classificazione e ricorsi	7
7. Adattamento del contratto	7
8. Premi	7
9. Disposizioni complementari all'assicurazione facoltativa	8
10. Trasferimento nell'assicurazione individuale	8
11. Procedura in caso di sinistro	8
12. Prevenzione degli infortuni	9
13. Comunicazioni alla Compagnia	9
14. Diritto applicabile	9

Edizione 01.01.2017

1. Persone assicurate

1.1 Persone assicurate d'obbligo

Devono essere assicurati tutti i lavoratori, compresi i lavoratori a domicilio, i praticanti, i volontari e tutti gli apprendisti. I familiari del datore di lavoro collaboranti nell'impresa sono anche assicurati d'obbligo, se essi ricevono un salario in contanti e/o versano i contributi AVS. Coloro che si dedicano a un lavoro accessorio o esercitano una funzione accessoria, sono assicurati d'obbligo per tale attività, se sui salari pagati vengono prelevati i contributi AVS.

Nelle aziende agricole, le persone seguenti sono assimilate agli agricoltori indipendenti e non sono pertanto assicurate d'obbligo: i parenti del capo azienda in linea ascendente e discendente come pure le loro mogli; inoltre i generi del capo azienda che prevedibilmente rileveranno l'azienda.

1.2 Persone assicurate facoltativamente

Possono essere assicurati soltanto in base a una convenzione particolare: le persone esercitanti un'attività lucrativa indipendente, come pure i loro familiari collaboranti nell'impresa e non assicurati d'obbligo (vedi pure cifra 9).

2. Estensione della copertura assicurativa

2.1 Infortuni assicurati

Le prestazioni assicurative sono accordate in caso d'infortuni professionali e d'infortuni non professionali. Le malattie professionali sono assimilate agli infortuni professionali.

2.2 Occupati a tempo parziale

I lavoratori a tempo parziale, la cui durata settimanale di lavoro non raggiunge le 8 ore presso nessun datore di lavoro, sono assicurati soltanto contro gli infortuni professionali. Per tali persone, gli infortuni occorsi sul tragitto per recarsi al lavoro o sulla via del ritorno sono anche considerati infortuni professionali.

2.3 Inizio, fine e sospensione della copertura assicurativa in favore dei lavoratori

La copertura assicurativa inizia il giorno in cui il lavoratore comincia o avrebbe dovuto cominciare l'attività in virtù dell'assunzione, in ogni caso però dal momento in cui egli s'avvia al lavoro.

Essa termina allo spirare del 31° giorno susseguente a quello in cui cessa il diritto ad almeno la metà del salario. Sono considerate salario anche le indennità giornaliere dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, dell'assicurazione militare, dell'assicurazione invalidità (AI), dell'ordinamento delle indennità di perdita di guadagno e dell'assicurazione contro la disoccupazione come pure quelle delle casse malati e dell'assicurazione privata contro le malattie e gli infortuni, nella misura in cui tali indennità rimpiazzano il proseguimento del pagamento del salario.

La protezione assicurativa è sospesa durante tutto il periodo in cui l'assicurato è sottoposto all'assicurazione militare o ad un'assicurazione obbligatoria estera contro gli infortuni.

2.4 Assicurazione convenzione LAINF

L'assicurazione degli infortuni non professionali può essere prolungata durante 6 mesi mediante convenzione particolare. La convenzione deve essere conclusa prima della scadenza della copertura assicurativa, vale e dire entro 31 giorni dallo spirare del diritto ad almeno la metà del salario. Il modulo di sottoscrizione deve essere richiesto alla sede della Vaudoise o presso una delle sue agenzie è scaricabile dal sito www.vaudoise.ch.

3. Prestazioni dell'assicurazione

3.1 Prestazioni sanitarie e rimborso delle spese

Cura medica

Vengono pagate le spese per:

- la cura ambulatoria da parte del medico, del dentista o, previa loro prescrizione, del personale paramedico, nonchè del chiropratico;
- i medicinali e le analisi ordinate dal medico o dal dentista;
- la cura, il vitto e l'alloggio in sala comune ospedaliera;
- le cure complementari e quelle balneari prescritte dal medico;
- i mezzi e gli apparecchi occorrenti per la guarigione.

Cura medica all'estero

Per le spese di cura medica necessaria all'estero viene rimborsato al massimo il doppio del costo che sarebbe stato necessario in caso di cura in Svizzera.

Cura a domicilio

Vengono versati contributi per una cura a domicilio necessaria, purchè questa sia eseguita da persone autorizzate a curare malati a domicilio.

Mezzi ausiliari

L'assicurato ha diritto ai mezzi ausiliari atti a compensare un pregiudizio fisico o funzionale (per es. protesi).

Danni materiali

Vengono risarciti i danni causati da infortunio agli oggetti che sostituiscono una parte del corpo od una sua funzione (per es. protesi). Le spese di sostituzione di occhiali, apparecchi acustici e protesi dentarie sono prese a carico, solo se il pregiudizio fisico esige cure.

Spese di viaggio, di trasporto e di salvataggio

Sono rimborsate le spese di salvataggio necessarie e le spese di viaggio e di trasporto che sono necessarie da un punto di vista medico.

Le spese di salvataggio, viaggio e trasporto che si producono all'estero, vengono rimborsate fino a concorrenza del 20% del guadagno annuo massimo assicurato.

Trasporto della salma

Di regola, vengono rimborsate le spese necessarie al trasporto della salma fino al luogo di sepoltura.

All'estero le spese risultanti per il trasporto della salma al luogo di sepoltura sono rimborsate fino al 20% dell'importo massimo del guadagno annuo assicurabile.

Spese funerarie

Le spese di sepoltura sono rimborsate fino ad un importo pari a 7 volte il guadagno giornaliero massimo assicurabile.

3.2 Prestazioni in contanti

Indennità giornaliera

Diritto ed ammontare:

Ha diritto all'indennità giornaliera, l'assicurato temporaneamente o parzialmente incapace di lavorare a seguito d'infortunio.

L'indennità giornaliera viene versata per ogni giorno civile, a partire dal 3° giorno successivo a quello dell'infortunio. In caso d'incapacità lavorativa totale, l'indennità giornaliera è pari all'80% del guadagno assicurato; essa è ridotta in proporzione in caso d'incapacità lavorativa parziale.

L'indennità giornaliera non è corrisposta finchè sussiste il diritto all'indennità giornaliera dell'assicurazione per l'invalidità (AI).

Trattenuta in caso di ricovero in uno stabilimento di cura:

Durante il soggiorno in uno stabilimento di cura è effettuata la seguente trattenuta sull'indennità giornaliera, per tener conto delle spese di sostentamento coperte dall'assicurazione:

- 20% dell'indennità giornaliera, al massimo CHF 20.– per le persone sole senza obblighi di sostentamento o di assistenza;
- 10% dell'indennità giornaliera, al massimo CHF 10.– per i coniugati e le persone sole con obblighi di sostentamento o di assistenza, a condizione che il capoverso qui di seguito non sia applicabile.

Per i coniugati o le persone sole che devono occuparsi di minorenni o di giovani in formazione, non è effettuata nessuna trattenuta.

	Rendita d'invalidità	<p>Diritto ed ammontare:</p> <p>L'assicurato invalido a seguito d'infortunio ha diritto alla rendita d'invalidità. In caso d'invalidità totale essa ammonta all'80% del guadagno assicurato; essa è ridotta in proporzione in caso d'invalidità parziale.</p> <p>All'assicurato che ha diritto a una rendita dell'assicurazione invalidità (AI) o a una rendita dell'assicurazione per la vecchiaia e i superstiti (AVS) è assegnata una rendita che completa quella dell'AI o dell'AVS fino a concorrenza del 90% del guadagno assicurato; al massimo viene però corrisposto l'importo risultante dall'invalidità totale o parziale.</p> <p>Revisione:</p> <p>Se il grado d'invalidità del beneficiario muta notevolmente, la rendita sarà corrispondentemente aumentata, ridotta oppure soppressa. Inoltre, in certi casi, la rendita può essere ridotta a partire dall'età AVS del suo beneficiario</p>
	Indennità per menomazione dell'integrità	<p>L'assicurato ha diritto ad un'equa indennità, in forma di pagamento in capitale, se, in seguito all'infortunio, accusa una menomazione importante e durevole all'integrità fisica o mentale. L'indennità totale non può superare l'importo massimo del guadagno annuo assicurabile.</p>
	Assegno per grandi invalidi	<p>L'assicurato ha diritto all'assegno mensile per grandi invalidi se, causa l'invalidità, ha bisogno in modo permanente dell'aiuto di terzi o di sorveglianza personale per compiere gli atti ordinari quotidiani. Questo assegno varia tra 2 e 6 volte l'importo massimo del guadagno giornaliero assicurato.</p>
	Rendite per superstiti	<p>Il coniuge superstite ed i figli hanno diritto, nell'ambito delle disposizioni legali, a rendite per i superstiti se l'assicurato muore in seguito ad infortunio.</p> <p>Le rendite per i superstiti ammontano, rispetto al guadagno assicurato, al:</p> <ul style="list-style-type: none"> • per la vedova ed il vedovo 40% • per gli orfani di padre o di madre 15% • per gli orfani di padre e di madre 25% • al massimo e complessivamente in caso di più superstiti 70% <p>Se i superstiti hanno diritto a rendite AVS o AI, è versata loro per l'insieme una rendita complementare, che completa quella dell'AVS o dell'AI fino a concorrenza del 90% del guadagno assicurato; al massimo viene però corrisposto l'ammontare risultante dalla tabella qui sopra.</p>
3.3 Guadagno assicurato		<p>Le indennità giornaliere e le rendite sono calcolate in base al guadagno assicurato. È considerato guadagno assicurato, il salario determinante per l'AVS fino a concorrenza dell'importo massimo prescritto dalla legislazione. Sono considerati anche guadagno assicurato, i salari sui quali non sono percepiti contributi AVS a causa dell'età dell'assicurato. Inoltre, fanno parte del guadagno assicurato anche gli assegni familiari, versati per i figli, per l'istruzione o sotto forma di sussidi domestici.</p>
3.4 Adeguamento delle rendite al rincaro		<p>Di regola, le rendite sono adeguate al rincaro ogni 2 anni, in base all'indice nazionale dei prezzi al consumo.</p>
3.5 Riduzione e rifiuto delle prestazioni assicurate	Concorso di diverse cause di sinistro	<p>Le rendite d'invalidità, le indennità per menomazione dell'integrità e le rendite per i superstiti sono adeguatamente ridotte se il danno alla salute o la morte è solo in parte imputabile all'infortunio.</p>

	<p>Infortunio per propria colpa</p>	<p>Se l'assicurato ha provocato intenzionalmente il danno alla salute o la morte, non esiste alcun diritto a prestazioni, ad eccezione delle spese funerarie.</p> <p>Se l'assicurato ha provocato l'infortunio per una negligenza grave, le indennità giornaliere versate durante i primi due anni che seguono l'infortunio, sono ridotte per l'assicurazione infortuni non professionali.</p> <p>Le prestazioni in contanti possono essere ridotte, o rifiutate in casi particolarmente gravi, se l'assicurato ha provocato l'infortunio commettendo un crimine o un delitto.</p> <p>Non ha alcun diritto a prestazioni in contanti il superstite che ha provocato intenzionalmente la morte dell'assicurato.</p>
	<p>Pericoli straordinari</p>	<p>Tutte le prestazioni sono rifiutate per gli infortuni non professionali che si verificano durante il servizio militare all'estero, in occasione di partecipazione ad atti bellici, di terrorismo o di banditismo.</p> <p>Le prestazioni in contanti vengono ridotte al minimo di metà, per gli infortuni non professionali che si verificano in seguito ai rischi o alle attività seguenti:</p> <ul style="list-style-type: none"> • partecipazione a risse e baruffe, a meno che l'assicurato non sia stato ferito dai litiganti in quanto estraneo alla rissa o baruffa o allorchè veniva in aiuto ad una persona indifesa; • pericoli cui si espone l'assicurato che provoca ostensibilmente altre persone; • partecipazione a tumulti.
	<p>Atti temerari</p>	<p>Le prestazioni in contanti vengono dimezzate e in casi particolarmente gravi rifiutate, per gli infortuni non professionali imputabili a un atto temerario. Sono atti temerari le azioni tramite le quali l'assicurato si espone a un pericolo particolarmente grave, senza prendere o senza che egli possa prendere le misure che potrebbero ridurre ragionevolmente il rischio. Le azioni intraprese per salvare persone sono tuttavia assicurate anche se di per sè potrebbero essere considerate atti temerari.</p>

4. Accettazione del contratto, diritto di rettifica

4.1 Principio

Quando il contenuto del contratto non concorda con le convenzioni intervenute, lo stipulante deve chiederne la rettifica entro 30 giorni dal ricevimento del documento, senza di che in tenore di questo si ritiene da lui accettato.

5. Durata del contratto, disdetta

5.1 Principio

Il contratto è concluso per 5 anni. Esso può venire disdetto alla fine di tale periodo contrattuale. Se non viene disdetto, si rinnova tacitamente di anno in anno. Il termine di disdetta è di 3 mesi. La disdetta è avvenuta per tempo, se è pervenuta alla controparte al più tardi l'ultimo giorno che precede l'inizio del termine di 3 mesi. Lo scioglimento del contratto in seguito a disdetta non libera lo stipulante dall'obbligo di assicurare i suoi lavoratori secondo la LAINF.

Indipendentemente dalla durata contrattuale in caso di aumento del/dei tasso/i di premio netti o di aumento del supplemento dovuto alle spese amministrative (in percentuale), il cliente (prenditore di assicurazione) può inoltrare disdetta entro 30 giorni dalla ricezione della notifica di aumento da parte dell'assicuratore. L'aumento del/dei tasso/i di premio netto/i o dei supplementi di premio per le spese amministrative devono essere comunicati al prenditore d'assicurazione almeno 2 mesi prima del periodo contabile in corso. Al contrario queste disposizioni non vengono applicate in caso di modifica di altri supplementi di premio.

Se lo stipulante occupa lavoratori soltanto durante un periodo determinato, il contratto è concluso per tale periodo e l'assicurazione si estingue alla data indicata. Lo stipulante, che contrariamente alle aspettative, occupa lavoratori oltre tale data, deve assicurarli di nuovo secondo la LAINF.

6. Classificazione e ricorsi

6.1 Principio

Per quanto riguarda la ripartizione nella tariffa dei premi, il presente contratto costituisce una decisione ai sensi dell'art. 49 della LPG. Entro i 30 giorni susseguenti al ricevimento della decisione, lo stipulante può impugnarla, mediante opposizione scritta o orale, intervenendo personalmente presso la Compagnia. L'opposizione deve essere motivata. L'opposizione orale verrà messa a verbale dalla Compagnia e l'opponente dovrà firmarla. La procedura di opposizione è gratuita e non dà diritto ad alcun indennizzo.

7. Adattamento del contratto

7.1 Principio

Se la ripartizione dell'azienda nelle classi e gradi di rischio, in base all'art. 92, cpv. 5 della LAINF, cambia, la Compagnia può domandare l'adattamento del contratto a partire dal susseguente esercizio contabile. Se la tariffa dei premi cambia, il cambiamento è valevole a partire dal susseguente esercizio contabile. In ambedue i casi la Compagnia deve informare lo stipulante al più tardi 2 mesi prima della modifica del contratto.

8. Premi

8.1 Obbligo di pagare i premi

Il datore di lavoro si assume i premi dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni professionali e le malattie professionali.

I premi dell'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni non professionali sono a carico del lavoratore. Sono riservati patti contrari in favore del lavoratore.

Il datore di lavoro è debitore della totalità dei premi. Egli deduce dal salario la quota parte dovuta dal lavoratore.

8.2 Scadenza, termine di pagamento

Il premio è fissato per anno di assicurazione. È pagabile in anticipo alla data fissata nella polizza. Il termine del pagamento dei premi è di 1 mese dopo la scadenza. Se il termine di pagamento non è rispettato, sarà addebitato al datore di lavoro dopo la scadenza di tale termine un interesse di mora del 0.5% per ogni mese di ritardo.

8.3 Conteggio del premio

Se l'assicurazione è stata conclusa con conteggio del premio, lo stipulante deve versare all'inizio di ogni periodo d'assicurazione un premio provvisorio. Per il primo anno si tratta di quello fissato nel contratto e in seguito corrisponderà all'importo dell'ultimo premio definitivo conosciuto.

Alla fine di un anno di assicurazione, lo stipulante notifica alla Compagnia, entro 1 mese, i salari soggetti a premio, pagati durante l'anno civile decorso. In base a tali dati, la Compagnia calcola l'ammontare di premio definitivo e reclama un eventuale premio supplementare o effettua un rimborso di premio. Se lo stipulante non adempie il suo obbligo di notifica, la Compagnia fissa l'ammontare di premio presumibilmente dovuti, tramite decisione.

Il conteggio di premio è effettuato in base al salario determinante per l'AVS nella misura in cui esso non superi l'importo massimo del guadagno assicurato. Ulteriori dettagli figurano sul modulo per la dichiarazione dei salari.

Un premio minimo di CHF 100.– è dovuto per l'assicurazione degli infortuni professionali e un premio minimo di CHF 100.– per l'assicurazione degli infortuni non professionali.

La Compagnia ha il diritto di controllare l'esattezza dei dati forniti dallo stipulante consultando tutte le pezze giustificative importanti (annotazioni dei salari, conteggi AVS, ecc.).

9. Disposizioni complementari all'assicurazione facoltativa

9.1 Durata del contratto, disdetta

Il contratto è concluso per 5 anni. L'assicurazione facoltativa può venire disdetta alla fine di tale periodo contrattuale. Se non viene disdetta, si rinnova tacitamente di anno in anno. Il termine di disdetta è di 3 mesi. La disdetta è avvenuta per tempo, se è pervenuta alla controparte al più tardi l'ultimo giorno che precede l'inizio del termine di 3 mesi.

9.2 Fine dell'assicurazione

L'assicurazione facoltativa si estingue per il singolo assicurato:

- allo scioglimento del contratto;
- al momento in cui è sottoposto all'assicurazione obbligatoria;
- al momento della sua esclusione;
- 3 mesi dopo che cessa l'esercizio dell'attività lucrativa indipendente o la sua collaborazione in qualità di familiare non assicurato d'obbligo.

9.3 Esclusione per mancato pagamento dei premi

La Compagnia può escludere l'assicurato il quale, malgrado comminatoria scritta, non paga i premi o fa dichiarazioni inveritiere alla conclusione del contratto o in merito a un infortunio.

10. Trasferimento nell'assicurazione individuale

10.1 Principio

Le persone domiciliate in Svizzera possono domandare il trasferimento nell'assicurazione individuale entro i 30 giorni susseguenti la loro uscita dall'assicurazione secondo la LAINF (diritto di libero passaggio). Potranno essere assicurate soltanto le prestazioni che erano già assicurate.

Il proseguimento dell'assicurazione avrà luogo nell'ambito delle condizioni e delle tariffe per l'assicurazione individuale, vevolevoli al momento del trasferimento. Sono determinanti lo stato di salute e l'età della persona da assicurare al momento dell'adesione all'assicurazione collettiva.

11. Procedura in caso di sinistro

11.1 Notifica dell'infortunio

L'infortunato o i suoi congiunti aventi diritto devono notificare tempestivamente l'infortunio al datore di lavoro o alla Compagnia.

Il datore di lavoro deve avvisare tempestivamente la Compagnia appena viene a conoscenza che un assicurato ha subito un infortunio.

11.2 Conseguenze in caso di notifica tardiva dell'infortunio

In caso di ritardo ingiustificato della notifica dell'infortunio da parte dell'assicurato o dei suoi superstiti, la Compagnia può dimezzare alcune o tutte le prestazioni per la durata della notifica tardiva o in modo generale; in caso di una notifica intenzionalmente falsa dell'infortunio, la Compagnia può rifiutare completamente alcune o tutte le prestazioni.

Il datore di lavoro può essere reso responsabile dalla Compagnia delle conseguenze pecuniarie imputabili all'ingiustificata inosservanza del suo obbligo di notifica.

11.3 Esame medico

L'assicurato deve sottoporsi, a spese della Compagnia, agli esami medici predisposti dalla stessa.

12. Prevenzione degli infortuni

12.1 Principio

Il datore di lavoro, avvalendosi della collaborazione dei dipendenti, deve prendere le misure adatte alle circostanze. I lavoratori sono in particolare obbligati ad utilizzare gli equipaggiamenti personali di protezione e ad usare i dispositivi di sicurezza esistenti.

13. Comunicazioni alla Compagnia

13.1 Principio

Le comunicazioni alla Compagnia devono essere indirizzate alla sua sede in Svizzera sociale o ad una delle sue agenzie in Svizzera.

14. Diritto applicabile

14.1 Principio

Sono applicabili:

- la legge federale del 20 marzo 1981 sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) e le relative ordinanze;
- la legge federale del 6 ottobre 2000 sulla parte generale del diritto delle assicurazioni sociali (LPGA) e la relativa ordinanza.

Sede sociale
Place de Milan
Casella postale 120
1001 Losanna

T 021 618 80 80
F 021 618 81 81

www.vaudoise.ch

