

Condizioni particolari dell'assicurazione Acrobat

AB

Tabella di confronto (nella tabella sottostante figurano soltanto gli articoli oggetto di modifica)

edizione 01.02.2004	edizione 01.10.2021
Art. 4 Condizioni d'adesione	Art. 4 Condizioni d'adesione
Qualsiasi persona domiciliata in Svizzera o nel Liechtenstein, che non ha ancora compiuto i 18 anni, può sottoscrivere l'assicurazione Acrobat.	Qualsiasi persona domiciliata in Svizzera che non ha ancora compiuto i 18 anni può sottoscrivere l'assicurazione Acrobat.
Art. 6 Adeguamento automatico dell'assicurazione (dai 19 anni)	Art. 6 Adeguamento automatico dell'assicurazione (dai 19 anni)
<ol style="list-style-type: none">Quando il contratto d'assicurazione termina per i motivi specificati all'articolo 5, l'assicurato che ha sottoscritto il livello 1 o 2 (cfr. articolo 7 qui di seguito) è automaticamente trasferito nell'Assicurazione di un capitale in caso d'invalidità o di decesso in seguito ad infortunio ProVista (ID), per la variante che copre le stesse somme d'assicurazione. L'assicurato che ha sottoscritto il livello 1P (cfr. articolo 7 qui di seguito) è automaticamente trasferito nell'assicurazione ActiVita (AJ). Queste assicurazioni cominciano a produrre i loro effetti dal 1° gennaio dell'anno successivo alla fine dell'assicurazione Acrobat.Entro 30 giorni dal ricevimento della nuova polizza d'assicurazione, l'assicurato può rifiutare il passaggio nell'assicurazione (ID) tramite notifica scritta all'assicuratore.	<ol style="list-style-type: none">Quando il contratto d'assicurazione termina per i motivi specificati nel suddetto articolo 5, la persona assicurata che ha sottoscritto il livello 1 o 2 (cfr. articolo 7 qui di seguito) è automaticamente trasferita nell'assicurazione ProVista (ID), per la variante che copre le stesse somme d'assicurazione. La persona assicurata che ha sottoscritto il livello 1P (cfr. articolo 7 qui di seguito) è automaticamente trasferita nell'assicurazione ActiVita (AJ). Queste assicurazioni cominciano a produrre i loro effetti dal 1° gennaio dell'anno successivo alla fine dell'assicurazione Acrobat.Entro 30 giorni dal ricevimento della nuova polizza d'assicurazione, la persona assicurata può rifiutare il passaggio nell'assicurazione ProVista (ID), rispettivamente nell'assicurazione ActiVita (AJ), tramite notifica all'assicuratore.
Art. 8 Tipo di prestazioni	Art. 8 Tipo di prestazioni
<ol style="list-style-type: none">Acrobat accorda le seguenti prestazioni, in funzione del livello di copertura scelto (cfr. art. 7.1):<ol style="list-style-type: none">le spese di cura e le spese diverse (art. 10);un capitale in caso d'ospedalizzazione (art. 10);un capitale in caso d'invalidità (art. 11);un capitale in caso di decesso (art. 12).Le prestazioni assicurate nell'ambito di ogni livello sono riassunte nell'appendice B.	<ol style="list-style-type: none">L'assicurazione Acrobat eroga le seguenti prestazioni, in funzione del livello di copertura scelto (cfr. art. 7.1):<ol style="list-style-type: none">le spese di cura e le spese diverse (art. 10);un capitale in caso d'ospedalizzazione (art. 10);un capitale in caso d'invalidità (art. 11);un capitale in caso di decesso (art. 12).Le prestazioni assicurate nell'ambito di ogni livello sono riassunte nell'appendice B.Le spese di cura e le spese diverse rientrano nella categoria d'assicurazione di danni. I capitali in caso d'ospedalizzazione, in caso d'invalidità o in caso di decesso, rientrano nella categoria d'assicurazione di somme.
Art. 10 Spese di cura e spese diverse	Art. 10 Spese di cura e spese diverse
<ol style="list-style-type: none">Le spese di cura sono assicurate in complemento alle prestazioni secondo le assicurazioni sociali svizzere o estere, in particolare la LAMal, la LAINF e la LAI.L'assicuratore rimborsa esclusivamente la differenza tra le prestazioni dovute secondo le assicurazioni sociali sopra specificate e quelle previste ai seguenti punti 3.1 a 3.11. Salvo disposizioni contrarie, la tariffazione delle cure è identica a quella LAINF	<ol style="list-style-type: none">Le spese di cura sono assicurate in complemento alle prestazioni secondo le assicurazioni sociali svizzere o estere, in particolare la LAMal, la LAINF e la LAI.L'assicuratore rimborsa esclusivamente la differenza tra le prestazioni dovute secondo le assicurazioni sociali sopra specificate e quelle previste ai seguenti punti 3.1 a 3.12. Salvo disposizioni contrarie, la tariffazione delle cure è identica a quella LAINF.

3. Le seguenti prestazioni sono accordate (cfr. appendice B che è parte integrante delle presenti condizioni particolari):

1. Spese mediche in Svizzera (reparto comune)

Le spese per i trattamenti necessari, comprese le analisi e i medicinali (ad esclusione dei preparati farmaceutici per applicazione speciale LPPA), effettuati o prescritti dal personale medico (medico, dentista, chiropratico), come pure le spese per il trattamento, la degenza e il vitto nel reparto comune di un centro ospedaliero svizzero riconosciuto dall'assicuratore.

2. Spese mediche in caso d'urgenza all'estero

Le spese per i trattamenti, ambulatoriali e ospedalieri, necessari dal punto di vista medico, compresi i medicinali e le analisi, se l'infortunio si verifica all'estero.

3. Aiuto e cure a domicilio

In seguito ad un'ospedalizzazione e previa richiesta all'assicuratore, l'importo previsto per i costi derivanti dall'assunzione, necessaria per motivi medici, di un aiuto a domicilio appartenente ad un servizio ufficiale. Sulla base di questa stessa tariffa, un contributo può essere versato ad uno dei genitori che interrompe la propria attività professionale per occuparsi dell'assicurato.

4. Mezzi ausiliari e mobilio per malati

Le spese per il primo acquisto di protesi, occhiali, apparecchi acustici e mezzi ausiliari ortopedici, come pure le spese per ripararli o sostituirli (valore a nuovo) se sono danneggiati o distrutti in seguito ad un infortunio assicurato che provoca una lesione fisica e richiede un trattamento medico. Anche le spese per l'affitto di mobilio per malati sono coperte.

5. Spese di trasporto, di ricerca e di salvataggio

Le spese di trasporto necessario a causa dell'infortunio fino al centro ospedaliero o dal medico più vicino, a condizione che tale trasporto sia necessario per motivi medici. Questo contributo è accordato solo in caso di trasporto in ambulanza o in elicottero o per il salvataggio. Sono anche rimborsate le spese per i mezzi di trasporto pubblici (treno, autobus) necessari per effettuare un trattamento ambulatoriale il cui obiettivo è di evitare un ricovero. Le spese di ricerca e di salvataggio non programmati, necessari per salvare la vita dell'assicurato in evidente pericolo o per evitare che il suo stato peggiori all'improvviso notevolmente.

6. Chirurgia estetica

Le spese necessarie per gli interventi di chirurgia estetica se l'infortunio ha sfigurato in modo grave e permanente l'assicurato.

7. Prestazioni supplementari se l'infortunio si verifica all'estero

- Quando l'assicurato è ricoverato all'estero e, per motivi medici, non può essere trasferito in Svizzera, le spese per il trasporto dei familiari stretti fino al luogo di ricovero, se questo dura più di tre giorni.
- In caso di decesso dell'assicurato all'estero, le spese per il trasporto della salma a bordo di un regolare aereo di linea o di un apposito veicolo, fino al domicilio in Svizzera.

3. Le seguenti prestazioni sono accordate (cfr. appendice B che è parte integrante delle presenti condizioni particolari):

1. Spese mediche in Svizzera (reparto comune)

Le spese per i trattamenti necessari, comprese le analisi e i medicinali (ad esclusione dei preparati farmaceutici per applicazione speciale LPPA), effettuati o prescritti dal personale medico (medico, dentista, chiropratico), come pure le spese per il trattamento, la degenza e il vitto nel reparto comune di un centro ospedaliero svizzero riconosciuto dall'assicuratore.

2. Spese mediche in caso d'urgenza all'estero

Le spese per i trattamenti, ambulatoriali e ospedalieri, necessari dal punto di vista medico, compresi i medicinali e le analisi, se l'infortunio si verifica all'estero.

3. Aiuto e cure a domicilio

In seguito ad un'ospedalizzazione e previa richiesta all'assicuratore, l'importo previsto per i costi derivanti dall'assunzione, necessaria per motivi medici, di un'assistenza a domicilio appartenente ad un servizio ufficiale. Sulla base di questa stessa tariffa, un contributo può essere versato a uno dei genitori che interrompe la propria attività professionale per occuparsi della persona assicurata.

4. Mezzi ausiliari e mobilio per malati

Le spese per il primo acquisto di protesi, occhiali, apparecchi acustici e mezzi ausiliari ortopedici, come pure le spese per ripararli o sostituirli (valore a nuovo) se sono danneggiati o distrutti in seguito a un infortunio assicurato che provoca una lesione fisica e richiede un trattamento medico. Anche le spese per l'affitto di mobilio per malati sono coperte.

5. Spese di trasporto, di ricerca e di salvataggio

Le spese di trasporto necessario a causa dell'infortunio fino al centro ospedaliero o dal medico più vicino, a condizione che tale trasporto sia necessario per motivi medici. Questo contributo è accordato solo in caso di trasporto in ambulanza o in elicottero o per il salvataggio. Sono anche rimborsate le spese per i mezzi di trasporto pubblici (treno, autobus) necessari per effettuare un trattamento ambulatoriale il cui obiettivo è di evitare un ricovero. Le spese di ricerca e di salvataggio non programmati, necessari per salvare la vita della persona assicurata in evidente pericolo o per evitare che il suo stato peggiori all'improvviso notevolmente.

6. Chirurgia estetica

I costi per gli interventi di chirurgia estetica necessari a seguito di un infortunio assicurato.

7. Prestazioni supplementari se l'infortunio si verifica all'estero

- Quando la persona assicurata è ricoverata all'estero e, per motivi medici, non può essere trasferita in Svizzera, le spese per il trasporto dei familiari stretti fino al luogo di ricovero, se questo dura più di tre giorni.
- In caso di decesso della persona assicurata all'estero, le spese per il trasporto della salma a bordo di un regolare aereo di linea o di un apposito veicolo, fino al domicilio in Svizzera.

8. Spese di recupero scolastico

Le spese certificate di corsi di recupero dispensati da una persona qualificata e appositamente formata, se l'assicurato non è più in grado di andare a scuola per più di due mesi.

Oltre alle prestazioni specificate ai punti 3.1 a 3.8, l'assicurazione Acrobat livello 1P eroga la prestazione supplementare prevista al punto 3.9 qui di seguito.

9. Spese mediche in Svizzera (reparto privato)

Tutte le spese indicate al punto 3.1, anche nel reparto privato di un centro ospedaliero svizzero riconosciuto dall'assicuratore.

Oltre alle prestazioni specificate ai punti 3.1 a 3.9, l'assicurazione Acrobat livello 2 eroga le seguenti prestazioni supplementari:

10. Assistenza all'estero e rimpatrio

Le prestazioni previste dalle condizioni d'intervento del Groupe Mutuel Assistance, le cui disposizioni sono parte integrante delle presenti condizioni d'assicurazione.

11. Capitale in caso d'ospedalizzazione

Un capitale di Fr. 500.– per anno civile è versato in caso di ospedalizzazione superiore a 24 ore in un centro ospedaliero svizzero riconosciuto o all'estero.

Il versamento del capitale è effettuato su richiesta del contraente e su presentazione della fattura del centro ospedaliero.

Il medico di fiducia dell'assicuratore è autorizzato a richiedere al medico curante la diagnosi o qualsiasi informazione utile per determinare il diritto alle prestazioni.

8. Spese di recupero scolastico

Le spese certificate di corsi di recupero dispensati da una persona qualificata e appositamente formata, se la persona assicurata non è più in grado di andare a scuola per più di due mesi.

9. Abbonamento sportivo

Se, a seguito di un infortunio, la persona assicurata non può più praticare un'attività sportiva, l'assicuratore rimborsa, proporzionalmente e su presentazione di giustificati originali e medici, i forfait o gli abbonamenti sportivi sottoscritti prima dell'infortunio, che non possono essere utilizzati. L'indennizzo per queste spese è limitato a un massimo di Fr. 500.– per caso d'infortunio

Oltre alle prestazioni specificate ai punti 3.1 a 3.9, l'assicurazione Acrobat livello 1P eroga la prestazione supplementare prevista al punto 3.10 qui di seguito:

10. Spese mediche in Svizzera (reparto privato)

Tutte le spese indicate al punto 3.1, anche nel reparto privato di un centro ospedaliero svizzero riconosciuto dall'assicuratore.

Oltre alle prestazioni specificate ai punti 3.1 a 3.10, l'assicurazione Acrobat livello 2 eroga le seguenti prestazioni supplementari:

11. Assistenza all'estero e rimpatrio

Le prestazioni previste dalle condizioni d'intervento del Groupe Mutuel Assistance, le cui disposizioni sono parte integrante delle presenti condizioni d'assicurazione.

12. Capitale in caso d'ospedalizzazione

Un capitale di Fr. 500.– per anno civile è versato in caso di ospedalizzazione superiore a 24 ore in un centro ospedaliero svizzero riconosciuto o all'estero. Il versamento del capitale è effettuato su richiesta della persona contraente e su presentazione della fattura del centro ospedaliero. Il medico di fiducia dell'assicuratore è autorizzato a richiedere al medico curante la diagnosi o qualsiasi informazione utile per determinare il diritto alle prestazioni.

Art. 11 Capitale in caso d'invalidità

Le seguenti prestazioni sono erogate per gli assicurati che hanno sottoscritto l'assicurazione Acrobat livello 1 o 2.

a. Capitale

Il capitale assicurato in caso d'invalidità è di Fr. 200'000.–.

b. Diritto

Se l'infortunio comporta una probabile invalidità permanente, versato il capitale d'invalidità. Questo è determinato in funzione del grado d'invalidità e della scala definita alla lettera c.

c. Grado d'invalidità

- Il grado d'invalidità è stabilito secondo le seguenti regole:

– perdita di una falange del pollice o di almeno due falangi di un altro dito	5%
– perdita di un pollice	20%
– perdita di una mano	40%
– perdita di un braccio all'altezza del gomito o sopra	50%
– perdita di un alluce	5%
– perdita di un piede	30%

Art. 11 Capitale in caso d'invalidità

Le seguenti prestazioni sono erogate per gli assicurati che hanno sottoscritto l'assicurazione Acrobat livello 1 o 2.

a. Capitale

Il capitale assicurato in caso d'invalidità è di Fr. 200'000.–.

b. Diritto

Se l'infortunio comporta una probabile invalidità permanente, versato il capitale d'invalidità. Questo è determinato in funzione del grado d'invalidità e della scala definita alla lettera c.

c. Grado d'invalidità

- Il grado d'invalidità è stabilito secondo le seguenti regole:

– perdita di una falange del pollice o di almeno due falangi di un altro dito	5%
– perdita di un pollice	20%
– perdita di una mano	40%
– perdita di un braccio all'altezza del gomito o sopra	50%
– perdita di un alluce	5%
– perdita di un piede	30%

– perdita di una gamba all'altezza del ginocchio	40%
– perdita di una gamba sopra il ginocchio	50%
– perdita del lobo di un orecchio	10%
– perdita del naso	30%
– scalpo	30%
– grave deturpazione del viso	50%
– perdita di un rene	20%
– perdita della milza	10%
– perdita degli organi genitali o della capacità riproduttiva	40%
– perdita dell'odorato e del gusto	15%
– perdita dell'udito da un orecchio	15%
– perdita della vista da un occhio	30%
– sordità totale	85%
– cecità totale	100%
– lussazione recidiva della spalla	10%
– grave danno all'apparato masticatorio	25%
– danno molto grave e doloroso al funzionamento della colonna vertebrale	50%
– paraplegia	90%
– tetraplegia	100%
– danno molto grave alle funzioni polmonari	80%
– danno molto grave alla funzione renale	80%
– danno a funzioni psichiche parziali, come la memoria o la capacità di concentrazione	20%
– epilessia post-traumatica con crisi o epilessia post-traumatica con crisi o sotto trattamento medicinale senza crisi	30%
– dislalia organica molto grave,	
– sindrome motoria o psico-organica molto grave	80%
2. L'incapacità funzionale assoluta di un arto o di un organo equivale alla sua perdita completa.	
3. In caso di perdita o d'incapacità funzionale parziale, la percentuale è ridotta in proporzione.	
4. Se il grado d'invalidità non può essere stabilito applicando le precedenti regole, è allora definito, in base alle constatazioni mediche, per analogia, tenendo conto della gravità del danno.	
5. Se diverse parti del corpo o diversi organi sono lesi in seguito allo stesso infortunio, le diverse percentuali sono sommate. Il grado d'invalidità non può tuttavia essere superiore al 100%.	
6. I disturbi psichici o nervosi danno diritto all'indennità solo se è provato che sono la conseguenza di un danno organico al sistema nervoso causato dall'infortunio.	
7. Il grado d'invalidità è definito nel momento in cui lo stato dell'assicurato è presunto definitivo, ma al massimo cinque anni dopo l'infortunio.	
d. Progressione	
1. Se il grado d'invalidità non supera il 25%, la somma d'assicurazione è versata secondo la percentuale del grado d'invalidità.	
2. Se il grado d'invalidità è superiore al 25%, le prestazioni (in percentuale della somma d'assicurazione convenuta) sono aumentate secondo la tabella dell'appendice A.	

– perdita di una gamba all'altezza del ginocchio	40%
– perdita di una gamba sopra il ginocchio	50%
– perdita del lobo di un orecchio	10%
– perdita del naso	30%
– scalpo	30%
– grave deturpazione del viso	50%
– perdita di un rene	20%
– perdita della milza	10%
– perdita degli organi genitali o della capacità riproduttiva	40%
– perdita dell'odorato e del gusto	15%
– perdita dell'udito da un orecchio	15%
– perdita della vista da un occhio	30%
– sordità totale	85%
– cecità totale	100%
– lussazione recidiva della spalla	10%
– grave danno all'apparato masticatorio	25%
– danno molto grave e doloroso al funzionamento della colonna vertebrale	50%
– paraplegia	90%
– tetraplegia	100%
– danno molto grave alle funzioni polmonari	80%
– danno molto grave alla funzione renale	80%
– danno a funzioni psichiche parziali, come la memoria o la capacità di concentrazione	20%
– epilessia post-traumatica con crisi o epilessia post-traumatica con crisi o sotto trattamento medicinale senza crisi	30%
– dislalia organica molto grave,	
– sindrome motoria o psico-organica molto grave	80%
2. L'incapacità funzionale assoluta di un arto o di un organo equivale alla sua perdita completa.	
3. In caso di perdita o d'incapacità funzionale parziale, la percentuale è ridotta in proporzione.	
4. Nei casi non menzionati sopra, i gradi di invalidità sono fissati secondo la scala delle indennità per danno all'integrità che figura nell'allegato 3 dell'Ordinanza sull'assicurazione contro gli infortuni (OLAINF) e le relative tabelle SUVA. Se il grado d'invalidità non può essere determinato in applicazione delle suddette regole, è allora definito, sulla base delle osservazioni mediche, procedendo per analogia tenuto conto della gravità del danno.	
5. Se diverse parti del corpo o diversi organi sono lesi in seguito allo stesso infortunio, le diverse percentuali sono sommate. Il grado d'invalidità non può tuttavia essere superiore al 100%..	
6. I disturbi psichici o nervosi danno diritto all'indennità solo se è provato che sono la conseguenza di un danno organico al sistema nervoso causato dall'infortunio.	
7. Il grado d'invalidità è definito nel momento in cui lo stato della persona assicurata è presunto definitivo, ma al massimo cinque anni dopo l'infortunio.	
d. Progressione	
1. Se il grado d'invalidità non supera il 25%, la somma d'assicurazione è versata secondo la percentuale del grado d'invalidità.	
2. Se il grado d'invalidità è superiore al 25%, le prestazioni (in percentuale della somma d'assicurazione convenuta) sono aumentate secondo la tabella dell'appendice A.	

Art. 12 Capitale in caso di decesso

Le seguenti prestazioni sono erogate per gli assicurati che hanno sottoscritto l'assicurazione Acrobat livello 1 o 2.

1. Se l'infortunio causa la morte dell'assicurato, è versato un capitale di Fr. 10'000.–.
2. Gli aventi diritto sono i seguenti:
 - il padre e la madre, in parti uguali; in mancanza,
 - i fratelli e le sorelle, in parti uguali; in mancanza,
 - i nonni, in parti uguali.
3. In mancanza dei superstiti sopra elencati, l'assicuratore paga solo la parte delle spese di sepoltura non coperte da un altro assicuratore, fino a concorrenza dell'importo del capitale indicato nel punto 1 di questo articolo.
4. Eventuali prestazioni in caso d'invalidità, già pagate per i postumi dello stesso infortunio, sono deducibili dalle prestazioni in caso di decesso.
5. Il superstite che ha causato intenzionalmente il decesso dell'assicurato perde il suo diritto alle prestazioni.

Art. 12 Capitale in caso di decesso

Le seguenti prestazioni sono erogate per le persone assicurate che hanno sottoscritto l'assicurazione Acrobat livello 1 o 2.

1. Se l'infortunio causa la morte dell'assicurato, è versato un capitale di Fr. 10'000.– salvo per i bambini la cui età è inferiore a due anni e sei mesi al momento del decesso, per cui il capitale è limitato a Fr. 2'500.–.
2. Gli aventi diritto sono i seguenti:
 - il padre e la madre, in parti uguali; in mancanza,
 - i fratelli e le sorelle, in parti uguali; in mancanza,
 - i nonni, in parti uguali.
3. In mancanza dei superstiti sopra elencati, l'assicuratore paga solo la parte delle spese di sepoltura non coperte da un altro assicuratore, fino a concorrenza dell'importo del capitale indicato nel punto 1 di questo articolo.
4. Eventuali prestazioni in caso d'invalidità, già pagate per i postumi dello stesso infortunio, sono deducibili dalle prestazioni in caso di decesso.
5. La persona superstite che ha causato intenzionalmente il decesso della persona assicurata perde il proprio diritto alle prestazioni.

Art. 13 Esonero dal pagamento dei premi

1. L'assicuratore assume il pagamento integrale dei premi periodici d'Acrobat fino alla fine del contratto (cfr. art. 5) se, in seguito ad un infortunio verificatosi durante la validità dell'assicurazione, uno dei genitori muore o diventa invalido ad un tasso superiore al 50%.
2. L'assicuratore comincia ad assumere i premi il primo giorno del mese successivo a quello in cui si verifica l'invalidità o il decesso. L'assicurato deve fare una richiesta scritta con allegati i documenti ufficiali corrispondenti (decisione dell'ufficio AI, certificato di morte e libretto di famiglia).

Art. 13 Liberazione dal pagamento dei premi

1. L'assicuratore assume il pagamento integrale dei premi periodici dell'assicurazione Acrobat fino alla fine del contratto (cfr. art. 5) se, in seguito a un infortunio verificatosi durante la validità dell'assicurazione, uno dei genitori muore o diventa invalido a un tasso superiore al 50%.
2. L'assicuratore comincia ad assumere i premi dal giorno successivo a quello in cui sopravviene l'invalidità o il decesso. La persona assicurata deve fare una richiesta con allegati i documenti ufficiali corrispondenti (decisione dell'ufficio AI, certificato di morte e libretto di famiglia).

Art. 13 Esonero dal pagamento dei premi

1. I premi figurano nella polizza d'assicurazione.
2. I premi devono essere pagati in Svizzera ogni anno, anticipatamente; previo accordo e con un supplemento per spese, possono essere pagati a rate semestrali, trimestrali o mensili.
3. I premi sono dovuti per tutto il mese.

Art. 13 Liberazione dal pagamento dei premi

Il premio è indicato nella polizza d'assicurazione.