



Groupe Mutuel Vita GMV SA – Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA

Condizioni d'assicurazione di capitali e di patrimonio

groupemutuel

Indice

Condizioni d'assicurazione di capitali

Condizioni generali dell'assicurazione di un capitale in caso di decesso a seguito d'infortunio o di affezioni improvvise SafeCapital	Categoria DA	5
Condizioni generali dell'assicurazione SanaVista	Categoria IM	10
Condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari del Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA	CGC	14
Condizioni particolari dell'assicurazione ProVista	Categoria ID	22

Condizioni d'assicurazione di patrimonio

Condizioni particolari dell'assicurazione Legis^{sana}	Categoria LG	25
Condizioni generali delle assicurazioni di protezione giuridica privata e mobilità	Categoria LJ	27
Condizioni generali d'assicurazione responsabilità civile privata SelfProtect	Categoria RC	35
Condizioni generali d'assicurazione economia domestica HomeProtect	Categoria MN	44
Condizioni generali dell'assicurazione per rischi e litigi su Internet CyberProtect	Categoria CY	55

La forma al maschile utilizzata a volte nel presente testo si applica per analogia alle persone di sesso femminile.

Condizioni generali dell'assicurazione di un capitale in caso di decesso a seguito d'infortunio o di affezioni improvvise SafeCapital

DA

DAGV01-I4 – edizione 01.01.2022

Art. 1 Basi del contratto d'assicurazione

1. Il contratto d'assicurazione è disciplinato dalla Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908.
2. La proposta d'assicurazione, la polizza d'assicurazione e le presenti condizioni generali costituiscono le basi del contratto.
3. Il prodotto SafeCapital definito nelle presenti condizioni generali è oggetto di un contratto individuale e distinto.

Art. 2 Assicuratore che assume il rischio

L'assicuratore che assume il rischio è il Groupe Mutuel Vita GMV SA (qui di seguito «assicuratore»).

Art. 3 Scopo dell'assicurazione

1. SafeCapital copre le conseguenze economiche del decesso a seguito d'infortunio o di affezioni improvvise secondo le definizioni che figurano nell'articolo 4 delle presenti condizioni generali d'assicurazione.
2. SafeCapital rientra nella categoria di assicurazioni di somme che non prevede alcun valore di riscatto, né di riduzione.
3. Le coperture d'assicurazione che rientrano nella categoria delle assicurazioni di somme prevedono, in caso di sinistro, la corresponsione della somma definita contrattualmente nella polizza, a prescindere dal danno effettivamente subito.

Art. 4 Definizioni

1. Per infortunio s'intende qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che provoca la morte.
2. Per affezione improvvisa s'intende qualsiasi alterazione della salute:
 - di origine non accidentale, bensì improvvisa e imprevedibile (conformemente alla lista che figura nell'articolo 4 cpv. 3 delle presenti condizioni generali d'assicurazione);
 - che non è stata oggetto di diagnosi o di cura prima della sottoscrizione del contratto;
 - la cui causa è indipendente dalla volontà della persona assicurata;
 - che presenta sintomi obiettivi che ne rendono la diagnosi inconfutabile da parte di un medico diplomato legalmente autorizzato a esercitare la professione;
 - che provoca la morte.
3. Fa fede la lista esauriente delle affezioni improvvise qui di seguito dettagliata:
 - a. infarto del miocardio senza antecedenti noti e che non è stato oggetto di cura medica;
 - b. miocardite senza antecedenti noti e che non è stata oggetto di cura medica;
 - c. ictus cerebrale a seguito di rottura vascolare o di trombosi cerebrale;

- d. embolia polmonare massiccia senza predisposizione nota;
 - e. meningite infettiva, vale a dire una malattia infettiva acuta che provoca un'inflammatione delle meningi;
 - f. dissezione aortica, a seguito di una malformazione congenita aortica o a seguito di un ateroma aortico;
 - g. epatite fulminante, vale a dire un'epatite acuta che ha ripercussioni gravi e improvvise sul fegato;
 - h. pancreatite acuta non alcolica, vale a dire un'inflammatione acuta del pancreas che non è dovuta alla somministrazione di alcol;
 - i. peritonite acuta senza antecedenti addominali noti e che non è stata oggetto di cura medica o di atto chirurgico;
 - j. encefalite infettiva, vale a dire una malattia infettiva acuta che provoca un'infezione del cervello.
4. La persona contraente è la persona che stipula un contratto con l'assicuratore.
 5. La persona indicata quale assicurato nella polizza d'assicurazione è considerata come la persona assicurata.
 6. Per persona beneficiaria si intende qualsiasi persona fisica che può reclamare la corresponsione di una prestazione.
 7. Per stato comatoso s'intende un profondo stato d'incoscienza, che si caratterizza con un risultato inferiore a 8 punti nella scala di Glasgow.
 8. Con domicilio legale s'intende il luogo in cui risiede una persona con l'intenzione di stabilirvisi durevolmente, conformemente all'articolo 23 del Codice civile svizzero (CC).
 9. Con autopsia si intende un insieme di esami medici effettuati su un cadavere per determinare la causa precisa del decesso.

Art. 5 Condizioni d'adesione

1. Alla sottoscrizione del contratto, la persona contraente e la persona assicurata devono avere il domicilio legale in Svizzera.
2. Alla sottoscrizione del contratto, la persona assicurata deve avere un'età compresa tra 15 e 55 anni.

Art. 6 Proposta d'assicurazione

1. L'invio di una proposta d'assicurazione non costituisce una domanda di offerta, bensì una dichiarazione formale da parte della persona proponente all'assicuratore di voler sottoscrivere uno o più contratti d'assicurazione. La persona proponente è così vincolata all'assicuratore, conformemente alle disposizioni dell'articolo 1 LCA, per 14 giorni, rispettivamente per quattro settimane se sono necessarie informazioni mediche.
2. La persona proponente può revocare la sua proposta al massimo entro 14 giorni dall'invio della domanda di sottoscrizione del contratto. Tale termine è rispettato se la persona proponente consegna la revoca all'assicuratore conformemente all'articolo 20 delle presenti condizioni o se consegna il suo avviso di revoca alla posta al massimo entro l'ultimo giorno del termine.

3. Se la proposta è stata inviata dall'assicuratore, la persona contraente può revocare il contratto entro 14 giorni dall'accettazione della proposta da parte sua.
4. L'assicuratore si riserva il diritto di accettare o di rifiutare la proposta d'assicurazione e non è tenuto a motivare la sua decisione.

Art. 7 Inizio, durata e fine del contratto

1. Il contratto è considerato sottoscritto non appena l'assicuratore consegna la polizza al contraente.
2. Il contratto inizia dalla data d'entrata in vigore indicata nella polizza d'assicurazione.
3. Alla fine di un periodo d'assicurazione, conformemente all'articolo 8, il contratto si rinnova tacitamente da un anno all'altro.
4. Dal secondo periodo d'assicurazione, la persona contraente può disdire il contratto.
5. Qualsiasi disdetta deve essere notificata conformemente all'articolo 20 delle presenti condizioni generali.
6. L'assicuratore può disdire il contratto per mancato pagamento dei premi, conformemente all'articolo 21 cpv. 1 LCA
7. **In ogni caso, il contratto d'assicurazione finisce il 1° gennaio dell'anno successivo al compimento dell'età di 60 anni della persona assicurata o al suo decesso.**
8. Il contratto d'assicurazione finisce in caso di trasferimento del domicilio legale all'estero, alla data di partenza dal territorio svizzero.

Art. 8 Periodo d'assicurazione

1. Il periodo d'assicurazione corrisponde a un anno civile e va dal 1° gennaio al 31 dicembre.
2. In caso di sottoscrizione del contratto durante un anno civile, il periodo d'assicurazione va dalla data di entrata in vigore del contratto confermata nella polizza d'assicurazione fino alla fine dell'anno civile.

Art. 9 Validità territoriale

1. L'assicurazione è valida in Svizzera.
2. In caso di viaggi o soggiorni temporanei della persona assicurata fuori della Svizzera, la durata della copertura assicurativa è limitata al massimo a 90 giorni consecutivi dal varco della frontiera.

Art. 10 Capitale assicurato

1. Il capitale assicurato è indicato nella polizza d'assicurazione.
2. Questo varia in funzione dell'età della persona assicurata:
 - a. Fr. 80'000.– prima dell'età di 26 anni;
 - b. Fr. 100'000.– dall'età di 26 anni.

Art. 11 Diritto alle prestazioni

1. Il diritto alle prestazioni non può essere né ceduto, né costituito in pegno.
2. **Il capitale decesso è esclusivamente corrisposto, se il decesso è oggetto di una diagnosi precisa di infarto o di affezione improvvisa ai sensi dell'articolo 4 cpv. 1-3 delle condizioni generali d'assicurazione.**
3. **In funzione dei casi, può essere necessario eseguire un'autopsia per ottenere una diagnosi precisa sul decesso, in particolare se questo avviene fuori della Svizzera.**

Art. 12 Persone beneficiarie del capitale assicurato in caso di decesso della persona assicurata

1. Il capitale assicurato è erogato ai seguenti beneficiari:
 - a. il coniuge o il partner registrato della persona assicurata, in mancanza;
 - b. i figli della persona assicurata, in parti uguali, in mancanza;
 - c. i genitori della persona assicurata (ascendenti diretti), in parti uguali, in mancanza;
 - d. i fratelli e le sorelle della persona assicurata, in parti uguali, in mancanza;
 - e. gli eredi legali della persona assicurata, eccetto la comunità pubblica.
2. In deroga all'articolo 12 cpv. 1, alla sottoscrizione del contratto, la persona contraente può designare o escludere delle persone beneficiarie. Una deroga simile può essere annullata o modificata in qualunque momento dalla persona contraente tramite notifica scritta inviata all'assicuratore. Se la(e) persona(e) beneficiaria(e) indicata(e) decede(ono) prima, si applicano le disposizioni dell'articolo 12 cpv. 1.
3. La persona beneficiaria che ha causato intenzionalmente il decesso della persona assicurata perde il proprio diritto alle prestazioni.
4. In mancanza di persone beneficiarie, l'assicuratore assume i costi per i funerali, fino a concorrenza di Fr. 10'000.–.

Art. 13 Esclusioni di prestazioni

1. Non sussiste alcuna copertura per:
 - a. il decesso che avviene più di dodici mesi dopo che si è verificato l'infarto;
 - b. il decesso che avviene più di trenta giorni dopo che è stata emessa la diagnosi di affezione improvvisa. Tale termine è prorogato a 90 giorni se l'affezione si è complicata e si è trasformata in stato comatoso, fino al decesso;
 - c. i decessi che non derivano dai rischi assicurati descritti nell'articolo 4 cpv. 1-3 delle presenti condizioni generali d'assicurazione;
 - d. i decessi legati ad affezioni già diagnosticate o trattate o da infortuni già verificatisi alla sottoscrizione del contratto;
 - e. i decessi connessi a eventi che si sono verificati prima dell'entrata in vigore del contratto d'assicurazione o dopo l'estinzione del contratto d'assicurazione;
 - f. il suicidio, la mutilazione volontaria e i tentativi dell'uno o dell'altra;
 - g. i danni alla salute derivanti dall'azione dei raggi ionizzanti e i danni causati dall'energia atomica;
 - h. in un contesto bellico o che presenta il carattere di operazioni belliche, in Svizzera o all'estero, a meno che la persona assicurata non sia stata colta alla sprovvista da tali eventi nel paese in cui soggiorna e che l'affezione improvvisa o l'infarto che ha determinato il decesso si verifica entro 15 giorni dall'inizio di tali eventi e che la(e) persona(e) beneficiaria(e) produca(no) la prova che la persona assicurata non ha partecipato attivamente a tali eventi;
 - i. se la persona assicurata partecipa attivamente o quale istigatrice ad azioni volte a nuocere persone o beni (atti di violenza, terrorismo, disordini all'ordine pubblico), a meno che la(e) persona(e) beneficiaria(e)

- provi(no) che la persona assicurata non ha partecipato attivamente a questi disordini accanto agli istigatori o che non li ha fomentati;
- j. i decessi a seguito di infortuni dovuti all'abuso di medicinali e di droghe e gli infortuni dovuti all'abuso di alcool da parte della persona assicurata, se il tasso d'alcolemia al momento dei fatti costituisce un'infrazione grave ai sensi della legge sulla circolazione stradale;
 - k. i decessi a seguito di un'affezione improvvisa dovuta a una dipendenza o a un consumo eccessivo di alcool, droghe o medicinali;
 - l. i decessi derivanti direttamente o indirettamente dall'AIDS.
2. Sono inoltre esclusi i seguenti decessi:
- a. durante il servizio militare all'estero;
 - b. in occasione di terremoti;
 - c. in caso di crimini o di delitti commessi o tentati intenzionalmente dalla persona assicurata;
- d. in caso di partecipazione a risse e tafferugli, salvo se la persona assicurata è stata ferita dai protagonisti pur non partecipando o mentre prestava soccorso ad una persona indifesa;
- e. in occasione di pericoli ai quali la persona assicurata si espone provocando gravemente gli altri;
 - f. in caso di partecipazione ad atti temerari secondo la Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), vale a dire atti durante i quali la persona assicurata si espone a un pericolo particolarmente grande senza poter prendere le adeguate misure che possono ridurre il rischio a un livello ragionevole.

Art. 14 Obblighi delle persone beneficiarie

1. I sinistri devono essere notificati all'assicuratore, conformemente all'articolo 20 delle presenti condizioni generali, il più rapidamente possibile, ma al massimo entro 30 giorni.
2. La(e) persona(e) beneficiaria(e) deve(ono) fornire qualsiasi informazione circa il momento, il luogo, le circostanze del sinistro e l'identità degli eventuali testimoni.
3. La(e) persona(e) beneficiaria(e) deve(ono) trasmettere all'assicuratore, a sue(oro) spese, l'atto di decesso ufficiale e tutte le informazioni mediche necessarie all'assicuratore per fondare il diritto alle prestazioni.
4. In caso di violazione di tali obblighi, l'assicuratore può ridurre o rifiutare delle prestazioni. Non si incorre in queste sanzioni se l'inosservanza degli obblighi non è dovuta a una colpa della(e) persona(e) beneficiaria(e) o se la(e) persona(e) beneficiaria(e) può(possano) provare che l'inosservanza degli obblighi non ha alcuna incidenza sulla portata delle prestazioni dovute dall'assicuratore.

Art. 15 Dovere di informare

1. Qualsiasi cambiamento (cognome, nome, sesso, stato civile, domicilio, e-mail, telefono) deve essere immediatamente notificato all'assicuratore. In caso di violazione di suddetti obblighi, la persona contraente assume le conseguenze e i costi che ne derivano.
2. Se la persona assicurata trasferisce il proprio domicilio legale o la propria residenza fuori della Svizzera, deve informare l'assicuratore e trasmettergli un attestato di partenza rilasciato dal comune o dal cantone. Su questa base, l'assicuratore disdice il contratto d'assicurazione dalla data di partenza indicata nell'attestato.

3. **Se la persona assicurata omette di effettuare tale notifica, non appena ne è a conoscenza l'assicuratore può metter fine alla copertura assicurativa con effetto alla fine del mese durante il quale la partenza dalla Svizzera è stata notificata alle autorità comunali o cantonali competenti.**

Art. 16 Limitazione del diritto alle prestazioni

1. In caso di inosservanza degli obblighi definiti negli articoli 13 e 14 delle presenti condizioni generali, l'assicuratore si riserva il diritto di rifiutare o di ridurre le prestazioni conformemente all'articolo 38 LCA.
2. Le disposizioni dell'articolo 45 LCA si applicano se, tenuto conto delle circostanze, l'inosservanza degli obblighi non è dovuta a una colpa della persona contraente, della persona assicurata o della persona beneficiaria. In tal caso, l'azione ritardata deve essere realizzata il prima possibile.
3. **Se una diagnosi non è abbastanza precisa in merito alla causa del decesso, l'assicuratore si riserva il diritto di rifiutare di corrispondere il capitale, se non è possibile effettuare un'autopsia o se i familiari abilitati a prendere tale decisione vi si oppongono.**

Art. 17 Premi

1. I premi figurano nella polizza d'assicurazione.
2. I premi sono scaglionati in funzione della fascia d'età e dipendono dai capitali assicurati.
3. I premi devono essere pagati in Svizzera, annualmente e anticipatamente.
4. Possono essere anche pagati a scadenze semestrali, trimestrali o mensili. In questo caso, il pagamento dell'importo annuo dei premi è rateizzato e differito.
5. Il periodo di fatturazione dei premi è di almeno un mese, ad eccezione del mese durante il quale l'adesione inizia o finisce.

Art. 18 Modifica del tariffario dei premi

1. L'assicuratore può adeguare il tariffario dei premi in funzione dell'evoluzione dei sinistri.
2. L'assicuratore deve informare la persona contraente del nuovo premio almeno trenta giorni prima della scadenza del periodo d'assicurazione. In questo caso, la persona contraente ha il diritto di disdire il contratto d'assicurazione per la fine del periodo d'assicurazione in corso, entro 30 giorni dal ricevimento della polizza o dalla notifica dell'aumento. La disdetta deve pervenire all'assicuratore entro trenta giorni.
3. Se la persona contraente non disdice il contratto, gli adeguamenti effettuati a livello dei premi sono considerati accettati.

Art. 19 Adeguamento delle condizioni d'assicurazione

1. L'assicuratore ha il diritto di adeguare le presenti condizioni d'assicurazione, in particolare se subentrano modifiche legali o se avvengono notevoli cambiamenti nell'ambito della medicina moderna e dei metodi di previsione delle malattie.
2. Le nuove condizioni si applicano alla persona contraente se sono adeguate, conformemente al primo capoverso, durante la validità dell'assicurazione. L'assicuratore co-

munica tali adeguamenti per iscritto alla persona contraente. **Se la persona contraente non li accetta, può disdire il relativo contratto con effetto alla data d'entrata in vigore degli adeguamenti. Se l'assicuratore non riceve alcuna disdetta entro 30 giorni, le nuove disposizioni sono accettate.**

Art. 20 Comunicazioni

1. Tutte le comunicazioni della persona contraente e dell'assicuratore possono essere validamente effettuate per iscritto o tramite qualsiasi altra forma che consenta la prova per testo (posta elettronica o mezzi di comunicazione messi a disposizione dall'assicuratore), ad eccezione dei social network.
2. Le comunicazioni della persona contraente devono essere trasmesse agli indirizzi di posta o elettronici indicati nei documenti ufficiali dell'assicuratore.
3. Le comunicazioni dell'assicuratore sono validamente effettuate all'ultimo indirizzo di posta o elettronico indicato all'assicuratore dalla persona contraente o dalla persona assicurata.
4. L'assicuratore può altresì effettuare comunicazioni generali alle persone assicurate attraverso il giornale destinato agli assicurati. La persona assicurata che non desidera più ricevere tale giornale può richiederlo all'assicuratore, nel qual caso l'assicuratore è esonerato da qualsiasi responsabilità in merito alle comunicazioni pubblicate. Tali comunicazioni possono anche essere pubblicate sul sito web dell'assicuratore e in un documento allegato all'inizio annuale delle polizze d'assicurazione.

Art. 21 Prescrizione

I crediti derivanti dal contratto d'assicurazione cadono in prescrizione dopo cinque anni dal momento in cui si verifica l'evento da cui nasce l'obbligo.

Art. 22 Giurisdizione e diritto applicabile

1. Salvo disposizioni particolari contrarie, gli obblighi del contratto devono essere eseguiti sul territorio e in franchi svizzeri.
2. Si applica il diritto svizzero.

Art. 23 Foro competente

In caso di contestazione, la persona contraente o la persona beneficiaria può scegliere i tribunali del proprio domicilio legale in Svizzera oppure quelli della sede dell'assicuratore; rimangono tuttavia riservate le convenzioni internazionali.

Art. 24 Protezione dei dati

Dati personali e sensibili

Il Groupe Mutuel Services SA tratta i dati personali e sensibili della persona contraente, della persona assicurata e, se del caso, delle persone aventi diritto o delle persone vincolate (qui di seguito: le persone interessate) per conto del Groupe Mutuel Vita GMV SA, l'assicuratore. Il trattamento dei dati è delegato al Groupe Mutuel Services SA (qui di seguito: Groupe Mutuel), una società del Groupe Mutuel Holding SA. Queste due società sono soggette alla Legge federale sulla protezione dei dati (LPD). Con l'espressione "dati personali" si intendono in particolare le informazioni relative alle persone interessate, che includono le informazioni relative alla gestione del contratto d'assicurazione. Con l'espressione "dati

sensibili" si intendono in particolare le informazioni relative allo stato di salute delle persone assicurate e ai sinistri. Sono soprattutto trattate le seguenti categorie di dati personali e sensibili: i dati personali dichiarativi delle persone interessate, vale a dire quei dati che il Groupe Mutuel può raccogliere dalle persone interessate in caso di interesse manifesto e/o in caso di sottoscrizione di prodotti e servizi che fornisce o distribuisce; i dati relativi alle prestazioni fornite o al funzionamento di prodotti e servizi o al loro utilizzo, in particolare quando si utilizzano i servizi online; i dati provenienti da terzi, da altri servizi o da informazioni pubbliche quando ciò è autorizzato.

Base giuridica

Il Groupe Mutuel tratta i dati personali e sensibili delle persone interessate e implementa il trattamento dei dati secondo le seguenti basi giuridiche: il consenso delle persone interessate, rispettivamente l'esplicito consenso per i dati sensibili; le disposizioni di legge applicabili alle attività del Groupe Mutuel (in particolare la Legge federale sulla protezione dei dati); il contratto stipulato tra il Groupe Mutuel e le persone interessate; l'interesse pubblico preponderante o l'interesse privato preponderante (ai sensi della LPD) del Groupe Mutuel o delle persone interessate.

Finalità

I dati personali e sensibili sono utilizzati in particolare per valutare i rischi da assicurare, trattare i sinistri, garantire il monitoraggio amministrativo, statistico e finanziario del contratto, consentire la gestione delle sue attività (statistiche, audit interno ed esterno ecc.) e il rispetto dei suoi obblighi legali, il miglioramento e lo sviluppo dei servizi forniti, l'ottimizzazione e l'economia dei costi assicurativi, l'esecuzione di operazioni di prospezione e di marketing, la gestione dei debiti e dei contenziosi, la lotta contro la frode, il riciclaggio di denaro, il finanziamento del terrorismo e l'evasione fiscale. A tal fine, questi dati potranno essere comunicati, condivisi e scambiati tra il Groupe Mutuel e terzi (vedere sotto). Per quanto concerne i dati utilizzati a fini statistici, questi sono resi anonimi.

Sicurezza

Nell'ambito del trattamento dei dati personali e considerando i rischi presentati dal trattamento, il Groupe Mutuel, i suoi intermediari assicurativi e altri mandatarî (per esempio un riassicuratore) si impegnano ad attuare tutte le disposizioni necessarie per conformarsi alla normativa sulla protezione dei dati. Tali disposizioni includono, in particolare, le misure tecniche, fisiche e organizzative necessarie per tutelare la sicurezza dei dati personali e impedirne la modifica, il danneggiamento o l'accesso da parte di terzi non autorizzati.

Trasferimento dei dati

I dati vengono trattati in modo riservato e possono essere comunicati a terzi (per esempio intermediari assicurativi, riassicuratori, medici, aventi diritto, ufficio AI, sicurezza sociale del paese di residenza della persona assicurata), anche all'estero. Tale comunicazione avviene, ad esempio, sulla base di obblighi giuridici, decisioni giudiziarie, condizioni generali di assicurazione o consenso delle persone interessate. Il consenso deve essere dato esplicitamente se si tratta di dati sensibili. Se il trattamento dei dati è oggetto di un contratto di subappalto, outsourcing o collaborazione con terzi, questi ultimi si impegnano, nell'ambito del loro rapporto contrattuale con il Groupe Mutuel, a rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali. Il Groupe Mutuel seleziona i subap-

paltatori che presentano le necessarie garanzie. I dati affidati agli intermediari assicurativi saranno registrati e trasmessi al Groupe Mutuel per il trattamento delle domande di assicurazione e per il monitoraggio amministrativo e finanziario tra l'intermediario d'assicurazione e il Groupe Mutuel. Quest'ultimo non è responsabile del trattamento dei dati personali che la persona interessata può avere autorizzato presso terzi o che è realizzato indipendentemente dal Groupe Mutuel. Spetta alle persone interessate riferirsi alle politiche di protezione dei dati dei terzi per verificare le condizioni del trattamento effettuato o per esercitare i propri diritti rispetto a tale trattamento.

Profilatura

Durante il rapporto contrattuale con il Groupe Mutuel, la persona interessata può essere oggetto di profilatura a scopo di marketing, in modo che l'assicuratore possa proporre servizi e prodotti che soddisfino le sue aspettative, il suo profilo e le sue esigenze.

Durata di conservazione

I dati personali sono conservati per tutto il tempo necessario per legge, per la gestione del contratto d'assicurazione, per i sinistri, per i diritti di ricorso, per la riscossione e/o per eventuali controversie tra il Groupe Mutuel, la persona assicurata, l'intermediario d'assicurazione o i terzi.

Diritti di accesso e di rettifica

Le persone interessate hanno il diritto di accedere ai loro dati personali, far rettificare tali dati, far cancellare i loro dati nei limiti delle disposizioni di legge applicabili, far limitare il trattamento dei dati, chiedere il trasferimento dei dati, revocare il consenso al trattamento dei dati personali con riserva del trattamento dei dati necessari per l'esecuzione del contratto, rivolgersi all'autorità di vigilanza competente.

Data Protection Officer

Il Groupe Mutuel ha designato un Data Protection Officer (adetto alla protezione dei dati) che può essere contattato al seguente indirizzo:

dataprotection@groupemutuel.ch.

Maggiori informazioni sulla protezione dei dati sono disponibili sul sito Internet del Groupe Mutuel: www.groupemutuel.ch.

Art. 1 Basi del contratto d'assicurazione

1. Il contratto d'assicurazione è disciplinato dalle disposizioni della Legge sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908.
2. La proposta d'assicurazione, la polizza d'assicurazione e le presenti condizioni generali costituiscono le basi del contratto.
3. L'assicurazione SanaVista definita nelle presenti condizioni generali è oggetto di un contratto individuale e distinto.

Art. 2 Assicuratore che assume il rischio

L'assicuratore è il Groupe Mutuel Vita GMV SA (qui di seguito «assicuratore»).

Art. 3 Scopo dell'assicurazione

1. L'assicurazione SanaVista corrisponde un capitale in caso d'invalidità o di decesso a seguito di malattia.
2. Le prestazioni in caso di decesso rientrano nella categoria di assicurazioni di somme.
3. Le prestazioni in caso d'invalidità rientrano nella categoria di assicurazioni di danni.
4. Questa assicurazione non comporta alcun valore di riscatto o di riduzione.

Art. 4 Condizioni d'adesione

1. Alla sottoscrizione del contratto, la persona contraente e la persona assicurata devono avere il domicilio legale in Svizzera.
2. La persona assicurata può aderire all'assicurazione SanaVista fino all'età di 55 anni.

Art. 5. Proposta d'assicurazione

1. L'invio di una proposta d'assicurazione non costituisce una richiesta di offerta, bensì una dichiarazione formale della persona proponente all'assicuratore di voler stipulare uno o più contratti d'assicurazione. La persona proponente rimane vincolata all'assicuratore conformemente alle disposizioni dell'articolo 1 LCA, cioè per 14 giorni o per quattro settimane se sono richieste informazioni mediche.
2. La persona proponente può revocare la proposta al più tardi entro 14 giorni dall'invio della domanda di sottoscrizione del contratto.
3. Se la proposta è inviata dall'assicuratore, la persona assicurata può revocare il contratto entro 14 giorni dalla sua accettazione da parte della persona assicurata.
4. La proposta d'assicurazione deve essere formulata tramite il modulo fornito dall'assicuratore. La persona proponente deve rispondere a tutte le domande che figurano nelle proposte d'assicurazione e nel questionario sullo stato di salute in modo completo e veritiero. È inoltre responsabile del fatto che le risposte fornite da un terzo o da un intermediario siano conformi alle sue istruzioni. Le persone assicurate devono autorizzare i terzi a fornire

all'assicuratore i documenti e le informazioni di cui ha bisogno.

5. L'assicuratore si riserva il diritto di accettare o di rifiutare la proposta d'assicurazione. Non è tenuto a motivare la sua decisione.

Art. 6 Reticenza

Se, nel rispondere alle domande, la persona contraente omette di dichiarare o dichiara in modo inesatto un fatto importante che conosceva o avrebbe dovuto conoscere (reticenza), l'assicuratore ha il diritto di recedere dal contratto entro quattro settimane dal momento in cui è venuto a conoscenza della reticenza.

La disdetta produce i propri effetti non appena è recapitata alla persona contraente.

Art. 7 Periodo d'assicurazione

1. Il periodo d'assicurazione corrisponde a un anno civile e va dal 1° gennaio al 31 dicembre.
2. In caso di sottoscrizione del contratto durante un anno civile, il periodo d'assicurazione va dalla data di entrata in vigore del contratto confermata nella polizza d'assicurazione fino alla fine dell'anno civile.

Art. 8 Inizio, durata e fine del contratto

1. Il contratto è considerato sottoscritto non appena l'assicuratore consegna la polizza alla persona contraente.
2. Il contratto inizia dalla data d'entrata in vigore indicata nella polizza d'assicurazione.
3. Alla fine di un periodo d'assicurazione, il contratto si rinnova tacitamente da un anno all'altro.
4. Dal secondo periodo d'assicurazione, la persona contraente può disdire il contratto.
5. Qualsiasi disdetta deve essere notificata conformemente all'articolo 20 delle presenti condizioni generali.
6. L'assicuratore può disdire il contratto per mancato pagamento dei premi, conformemente all'articolo 21 cpv. 1 LCA.
7. In ogni caso, la copertura d'assicurazione cessa di produrre i propri effetti alla fine del mese in cui la persona assicurata compie 65 anni.
8. Il contratto d'assicurazione finisce in caso di trasferimento del domicilio legale all'estero, alla data di partenza dal territorio svizzero.

Art. 9 Estensione delle garanzie e definizioni

1. La presente assicurazione copre esclusivamente i rischi di decesso e d'invalidità presunta permanente e definitiva a seguito di una malattia.
2. Sussiste un'invalidità presunta permanente e definitiva quando si è in presenza di un danno alla salute ampiamente stabilizzato, fondamentalmente irreversibile e di cui si può con certezza presumere che limiterà in modo duraturo l'autonomia della persona assicurata o la sua capacità di guadagno, al punto che questa deve beneficiare

di una rendita dell'assicurazione federale per l'invalidità (AI), essendo per definizione fallite tutte le eventuali misure di riabilitazione.

3. È considerata malattia qualsiasi danno involontario alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità lavorativa.
4. Per infortunio s'intende qualsiasi influsso dannoso, imprevisto e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che compromette la salute fisica, mentale o psichica o provoca la morte.

Le lesioni corporali ai sensi dell'articolo 6 cpv. 2 della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) sono assimilati agli infortuni.

Art. 10 Esclusioni e riduzioni di prestazioni

1. L'assicurazione non copre i casi di decesso e d'invalidità presunta permanente e definitiva dovuti a:
 - a. un infortunio;
 - b. una malattia manifestatasi prima dell'inizio o dopo la fine della copertura d'assicurazione;
 - c. un suicidio, una mutilazione volontaria o i tentativi dell'uno o dell'altra;
 - d. l'alcolismo o altre tossicomanie;
 - e. l'azione dei raggi ionizzanti o di danni causati dall'energia atomica;
 - f. eventi di guerra:
 - in Svizzera;
 - all'estero, a meno che la persona assicurata non sia stata colta alla sprovvista da tali eventi nel paese in cui soggiorna e a condizione che la malattia si manifesti entro 15 giorni dall'inizio di tali eventi;
 - g. ostilità il cui scopo è di nuocere alle persone o ai beni o alle misure prese per fronteggiarle, a meno che la persona assicurata non provi di non aver partecipato attivamente a tali ostilità a fianco degli istigatori o di non averle fomentate.
2. Le prestazioni nei casi di decesso e d'invalidità presunta permanente e definitiva non sono inoltre erogate fintanto che la persona avente diritto rifiuta o ostacola gli esami o le ricerche considerati necessari dall'assicuratore.

Art. 11 Prestazioni

1. In caso di decesso per malattia, l'assicuratore versa il capitale assicurato, previa detrazione dell'eventuale capitale invalidità già versato.
2. Se la persona assicurata è un bambino e questo decede prima dell'età di due anni e mezzo, il capitale in caso di decesso è limitato a Fr. 2'500.-.
3. In caso d'invalidità presunta permanente e definitiva a seguito di malattia, l'assicuratore versa il capitale assicurato proporzionalmente alla percentuale d'invalidità riconosciuta dall'assicurazione federale per l'invalidità (AI); una percentuale inferiore al 25% non dà diritto ad alcun versamento, mentre una percentuale del 70% dà diritto al versamento del capitale integrale.
4. Il capitale assicurato varia in funzione dell'età della persona assicurata:

Uomini

0-18 anni	Fr. 5'000.-
19-25 anni	Fr. 10'000.-
26-45 anni	Fr. 30'000.-

46-50 anni	Fr. 23'000.-
51-55 anni	Fr. 13'000.-
56-60 anni	Fr. 7'000.-
61-65 anni	Fr. 4'000.-

Donne

0-18 anni	Fr. 5'000.-
19-25 anni	Fr. 10'000.-
26-45 anni	Fr. 30'000.-
46-50 anni	Fr. 30'000.-
51-55 anni	Fr. 20'000.-
56-60 anni	Fr. 15'000.-
61-65 anni	Fr. 13'000.-

Art. 12 Persone beneficiarie

1. In caso di decesso, le persone aventi diritto sono le seguenti:
 - il coniuge o il partner registrato superstite, in mancanza
 - i figli, in parti uguali, in mancanza
 - i genitori, in parti uguali, in mancanza
 - gli eredi legali, ad esclusione della comunità pubblica.
2. In deroga all'articolo 12 cpv. 1, alla sottoscrizione del contratto, la persona contraente può designare o escludere delle persone beneficiarie. Una deroga simile può essere annullata o modificata in qualunque momento dalla persona contraente tramite notifica inviata all'assicuratore. Se la(e) persona(e) beneficiaria(e) indicata(e) decede(ono) prima, si applicano le disposizioni dell'articolo 12 cpv. 1.
3. In caso di invalidità, il capitale è corrisposto alla persona assicurata.

Art. 13 Giustificazione dei diritti

1. In caso di decesso, la persona avente diritto deve far pervenire a proprie spese all'assicuratore l'atto di decesso ufficiale della persona assicurata e un certificato medico del medico curante con indicate le circostanze e le cause precise del decesso.
2. In caso d'invalidità, la persona assicurata trasmette a sue spese all'assicuratore un certificato medico con indicate la data d'inizio della malattia, il tipo, l'evoluzione e le conseguenze. La persona assicurata autorizzerà l'assicuratore a prendere visione dell'incarto dell'assicurazione federale per l'invalidità (AI).
3. Se ritenuto utile per determinare il diritto alle prestazioni, l'assicuratore si riserva il diritto di far esaminare la persona assicurata da un medico da lui designato e di richiedere informazioni supplementari a terzi.

Art. 14 Erogazione delle prestazioni

1. In caso di decesso, il capitale è versato entro 30 giorni dalla trasmissione di tutti i documenti giustificativi.
2. In caso d'invalidità, il capitale è versato al massimo dopo sei mesi dall'inizio dell'invalidità presunta permanente e definitiva. Il termine comincia a decorrere dalla notifica della decisione di versamento di una rendita da parte dell'assicurazione federale per l'invalidità (AI).
3. Se l'invalidità deriva parzialmente da un'infermità congenita, un infortunio o un evento che può essere equiparato a un infortunio, l'assicuratore può ridurre proporzionalmente la prestazione, anche se non sussiste un rapporto di causalità adeguato. In questi casi, l'assicuratore non è vincolato alle conclusioni dell'assicurazione federale per

l'invalidità (AI) o dell'assicuratore infortunio. Il medico di fiducia dell'assicuratore valuta ed esclude in questi casi la percentuale d'invalidità che non è la conseguenza diretta di una malattia e, se necessario, si procura le informazioni utili per emettere la propria decisione. Tuttavia, se la causa accidentale è ritenuta preponderante nel verificarsi del rischio assicurato, la prestazione è interamente rifiutata.

Art. 15 Prescrizione

I crediti derivanti dal contratto d'assicurazione cadono in prescrizione dopo cinque anni dal decesso o dalla notifica della decisione di versamento di una rendita da parte dell'assicurazione federale per l'invalidità (AI).

Art. 16 Premi

1. I premi figurano nella polizza d'assicurazione.
2. I premi sono scaglionati in funzione delle fasce d'età e dipendono dal sesso e dai capitali assicurati.
3. I premi devono essere pagati in Svizzera, annualmente e anticipatamente.
4. Possono essere anche pagati a scadenze semestrali, trimestrali o mensili. In questo caso, il pagamento dell'importo annuo dei premi è rateizzato e differito.
5. Il periodo di fatturazione dei premi è di almeno un mese, ad eccezione del mese in cui l'adesione inizia o finisce.
6. Il premio è calcolato secondo le tavole di mortalità e d'invalidità del Groupe Mutuel Vita GMV SA GK M/F 95 e GJ M/F 95.

Art. 17 Modifica del tariffario dei premi

1. L'assicuratore può adeguare il tariffario dei premi in funzione dell'evoluzione dei sinistri.
2. L'assicuratore deve informare la persona contraente del nuovo premio almeno trenta giorni prima della scadenza del periodo d'assicurazione. In questo caso, la persona contraente ha il diritto di disdire il contratto d'assicurazione per la fine del periodo d'assicurazione in corso, entro 30 giorni dal ricevimento della polizza o dalla notifica dell'aumento. La disdetta deve pervenire all'assicuratore entro trenta giorni.
3. Se la persona contraente non disdice il contratto, gli adeguamenti effettuati a livello dei premi sono considerati accettati.

Art. 18 Adeguamento delle condizioni d'assicurazione

1. L'assicuratore ha il diritto di adeguare le presenti condizioni d'assicurazione.
2. Le nuove condizioni si applicano alla persona contraente e alla persona assicurata se sono adeguate, conformemente al primo capoverso, durante la validità dell'assicurazione.
3. L'assicuratore comunica tali adeguamenti alla persona contraente. Se la persona contraente non li accetta, può disdire il relativo contratto con effetto dalla data d'entrata in vigore degli adeguamenti. Se l'assicuratore non riceve alcuna disdetta entro 30 giorni, le nuove disposizioni sono accettate.

Art. 19 Dovere di informare

1. Qualsiasi cambiamento (cognome, nome, sesso, stato civile, domicilio, e-mail, telefono) deve essere immediatamente notificato all'assicuratore. In caso di violazione di suddetti obblighi, la persona contraente assume le conseguenze e i costi che ne derivano.

2. Se la persona assicurata trasferisce il proprio domicilio legale o la propria residenza fuori della Svizzera, deve informare l'assicuratore e trasmettergli un attestato di partenza rilasciato dal comune o dal cantone. Su questa base, l'assicuratore disdice il contratto d'assicurazione dalla data di partenza indicata nell'attestato.
3. Se la persona assicurata omette di effettuare tale notifica, non appena ne è a conoscenza l'assicuratore può metter fine alla copertura assicurativa con effetto alla fine del mese durante il quale la partenza dalla Svizzera è stata notificata alle autorità comunali o cantonali competenti.

Art. 20 Comunicazioni

1. Tutte le comunicazioni della persona contraente e dell'assicuratore possono essere validamente effettuate per iscritto o tramite qualsiasi altra forma che consenta la prova per testo (posta elettronica o mezzi di comunicazione messi a disposizione dall'assicuratore), ad eccezione dei social network.
2. Le comunicazioni della persona contraente devono essere trasmesse agli indirizzi di posta o elettronici indicati nei documenti ufficiali dell'assicuratore.
3. Le comunicazioni dell'assicuratore sono validamente effettuate all'ultimo indirizzo di posta o elettronico indicato all'assicuratore dalla persona contraente o dalla persona assicurata.
4. L'assicuratore può altresì effettuare comunicazioni generali alle persone assicurate attraverso il giornale destinato agli assicurati. La persona assicurata che non desidera più ricevere tale giornale può richiederlo all'assicuratore, nel qual caso l'assicuratore è esonerato da qualsiasi responsabilità in merito alle comunicazioni pubblicate. Tali comunicazioni possono anche essere pubblicate sul sito web dell'assicuratore e in un documento allegato all'invio annuale delle polizze d'assicurazione.

Art. 21 Foro competente

In caso di contestazione, la persona contraente o la persona beneficiaria può scegliere i tribunali del proprio domicilio legale in Svizzera oppure quelli della sede dell'assicuratore; rimangono tuttavia riservate le convenzioni internazionali.

Art. 22 Protezione dei dati

Dati personali e sensibili

Il Groupe Mutuel Services SA tratta i dati personali e sensibili della persona contraente, della persona assicurata e, se del caso, delle persone aventi diritto o delle persone vincolate (qui di seguito: le persone interessate) per conto del Groupe Mutuel Vita GMV SA, l'assicuratore. Il trattamento dei dati è delegato al Groupe Mutuel Services SA (qui di seguito: Groupe Mutuel), una società del Groupe Mutuel Holding SA. Queste due società sono soggette alla Legge federale sulla protezione dei dati (LPD). Con l'espressione «dati personali» si intendono in particolare le informazioni relative alle persone interessate, che includono le informazioni relative alla gestione del contratto d'assicurazione. Con l'espressione «dati sensibili» si intendono in particolare le informazioni relative allo stato di salute delle persone assicurate e ai sinistri. Sono soprattutto trattate le seguenti categorie di dati personali e sensibili: i dati personali dichiarativi delle persone interessate, vale a dire quei dati che il Groupe Mutuel può raccogliere dalle persone interessate in caso di interesse manifesto e/o in caso di sottoscrizione di prodotti e servizi che fornisce o distribuisce; i dati relativi alle prestazioni fornite o al funziona-

mento di prodotti e servizi o al loro utilizzo, in particolare quando si utilizzano i servizi online; i dati provenienti da terzi, da altri servizi o da informazioni pubbliche quando ciò è autorizzato.

Base giuridica

Il Groupe Mutuel tratta i dati personali e sensibili delle persone interessate e implementa il trattamento dei dati secondo le seguenti basi giuridiche: il consenso delle persone interessate, rispettivamente l'esplicito consenso per i dati sensibili; le disposizioni di legge applicabili alle attività del Groupe Mutuel (in particolare la LPD); il contratto stipulato tra il Groupe Mutuel e le persone interessate; l'interesse pubblico preponderante o l'interesse privato preponderante (ai sensi della LPD) del Groupe Mutuel o delle persone interessate.

Finalità

I dati personali e sensibili sono utilizzati in particolare per valutare i rischi da assicurare, trattare i sinistri, garantire il monitoraggio amministrativo, statistico e finanziario del contratto, consentire la gestione delle sue attività (statistiche, audit interno ed esterno ecc.) e il rispetto dei suoi obblighi legali, il miglioramento e lo sviluppo dei servizi forniti, l'ottimizzazione e l'economia dei costi assicurativi, l'esecuzione di operazioni di prospezione e di marketing, la gestione dei debiti e dei contenziosi, la lotta contro la frode, il riciclaggio di denaro, il finanziamento del terrorismo e l'evasione fiscale. A tal fine, questi dati potranno essere comunicati, condivisi e scambiati tra il Groupe Mutuel e terzi (vedere sotto). Per quanto concerne i dati utilizzati a fini statistici, questi sono resi anonimi.

Sicurezza

Nell'ambito del trattamento dei dati personali e considerando i rischi presentati dal trattamento, il Groupe Mutuel, i suoi intermediari assicurativi e altri mandatari (per esempio un riassicuratore) si impegnano ad attuare tutte le disposizioni necessarie per conformarsi alla normativa sulla protezione dei dati. Tali disposizioni includono, in particolare, le misure tecniche, fisiche e organizzative necessarie per tutelare la sicurezza dei dati personali e impedirne la modifica, il danneggiamento o l'accesso da parte di terzi non autorizzati.

Trasferimento dei dati

I dati vengono trattati in modo riservato e possono essere comunicati a terzi (per esempio intermediari assicurativi, riassicuratori, medici, aventi diritto, ufficio AI, sicurezza sociale del paese di residenza della persona assicurata), anche all'estero. Tale comunicazione avviene, per esempio, sulla base di obblighi giuridici, decisioni giudiziarie, condizioni generali di assicurazione o consenso delle persone interessate. Il consenso deve essere dato esplicitamente se si tratta di dati sensibili. Se il trattamento dei dati è oggetto di un contratto di subappalto, outsourcing o collaborazione con terzi, questi ultimi si impegnano, nell'ambito del loro rapporto contrattuale con il Groupe Mutuel, a rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali. Il Groupe Mutuel seleziona i subappaltatori che presentano le necessarie garanzie. I dati affidati agli intermediari assicurativi saranno registrati e trasmessi al Groupe Mutuel per il trattamento delle domande di assicurazione e per il monitoraggio amministrativo e finanziario tra l'intermediario d'assicurazione e il Groupe Mutuel. Quest'ultimo non è responsabile del trattamento dei dati personali che l'interessato può avere autorizzato presso terzi o che è realizzato indipendentemente dal Groupe Mutuel. Spetta alle

persone interessate riferirsi alle politiche di protezione dei dati dei terzi per verificare le condizioni del trattamento effettuato o per esercitare i propri diritti rispetto a tale trattamento.

Profilatura

Durante il rapporto contrattuale con il Groupe Mutuel, la persona interessata può essere oggetto di profilatura a scopo di marketing, in modo che l'assicuratore possa proporre servizi e prodotti che soddisfino le sue aspettative, il suo profilo e le sue esigenze.

Durata di conservazione

I dati personali sono conservati per tutto il tempo necessario per legge, per la gestione del contratto d'assicurazione, per i sinistri, per i diritti di ricorso, per la riscossione e/o per eventuali controversie tra il Groupe Mutuel, la persona assicurata, l'intermediario d'assicurazione o i terzi.

Diritti di accesso e di rettifica

Le persone interessate hanno il diritto di accedere ai loro dati personali, far rettificare tali dati, far cancellare i loro dati nei limiti delle disposizioni di legge applicabili, far limitare il trattamento dei dati, chiedere il trasferimento dei dati, revocare il consenso al trattamento dei dati personali con riserva del trattamento dei dati necessari per l'esecuzione del contratto, rivolgersi all'autorità di vigilanza competente.

Data Protection Officer

Il Groupe Mutuel ha designato un Data Protection Officer (ad-detto alla protezione dei dati) che può essere contattato al seguente indirizzo:

dataprotection@groupemutuel.ch

Maggiori informazioni sulla protezione dei dati sono disponibili nel sito Internet del Groupe Mutuel: www.groupemutuel.ch.

Condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari del Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA

CGC

CAGA04-I2 – edizione 01.01.2022

L'assicuratore è il Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA.

Art. 1 Contratto d'assicurazione individuale per prodotto e basi del contratto d'assicurazione

1. Salvo deroghe previste dalle disposizioni contrattuali, il contratto d'assicurazione è disciplinato dalla Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908.
2. La proposta d'assicurazione, la polizza d'assicurazione, le presenti condizioni generali (CGC), le condizioni particolari e le convenzioni particolari costituiscono le basi del contratto d'assicurazione.
3. Ogni prodotto d'assicurazione, disciplinato da idonee condizioni particolari, è oggetto di un contratto individuale e distinto.

Art. 2 Scopo dell'assicurazione

1. L'assicurazione copre in linea di massima le conseguenze economiche della malattia, della maternità e dell'infortunio.
2. Le condizioni particolari di ogni prodotto d'assicurazione definiscono i rischi assicurati.

Art. 3 Definizioni

1. Per malattia s'intende qualsiasi danno alla salute fisica, psichica o mentale che non è dovuto a un infortunio e che esige un esame o un trattamento medico o provoca un'incapacità lavorativa.
2. Per infortunio s'intende qualsiasi danno improvviso e involontario causato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che compromette la salute fisica, psichica o mentale o che causa la morte.
Le lesioni corporali ai sensi dell'articolo 6 cpv. 2 della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) sono equiparate a un infortunio.
3. La maternità include la gravidanza, il parto e la convalescenza che ne segue.

Art. 3a Tipo d'assicurazione

1. A meno che non sia diversamente previsto nelle condizioni particolari d'assicurazione, la copertura dei prodotti disciplinati dalle presenti condizioni generali rientra nella categoria di assicurazioni di danni.
2. Le coperture d'assicurazione che rientrano nell'ambito delle assicurazioni di danni risarciscono il danno effettivo subito fino all'importo delle prestazioni assicurate.
3. Le coperture d'assicurazione che rientrano nell'ambito delle assicurazioni di somme prevedono, in caso di sinistro, il pagamento della somma concordata contrattualmente indipendentemente dal danno effettivo subito.

Art. 4 Validità territoriale

1. L'assicurazione è valida in tutto il mondo.
2. Se una malattia si manifesta o un infortunio avviene in Svizzera e se la persona assicurata si fa curare in un altro paese, le spese di cura sono rimborsate soltanto se il medico

curante, prima della cura all'estero, ha trasmesso all'assicuratore una richiesta e questi l'ha accettata.

Art. 4a Mantenimento della copertura in caso di trasferimento del domicilio all'estero

1. A meno che le condizioni particolari d'assicurazione non prevedano diversamente, i prodotti d'assicurazione possono essere mantenuti se la persona assicurata si trasferisce all'estero durante la durata del contratto, senza possibilità d'aumento della copertura d'assicurazione, a condizione che la persona assicurata rimanga soggetta all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie secondo la LAMal, conformemente all'accordo sulla libera circolazione delle persone tra l'UE e l'AELS o ad altri accordi internazionali di sicurezza sociale, o sia coperta da un'assicurazione equivalente secondo l'art. 7a dell'ordinanza sull'assicurazione malattie (OAMal).
2. La persona assicurata domiciliata all'estero deve informare l'assicuratore entro 30 giorni se non soddisfa più i criteri di cui all'articolo 4a capoverso 1 delle presenti condizioni. In caso di violazione di questo obbligo, la persona assicurata deve rimborsare all'assicuratore le prestazioni erogate a partire dalla data in cui i criteri di cui sopra non sono più soddisfatti.

Art. 5 Persona proponente, persona contraente e persona assicurata

1. La persona proponente è la persona che trasmette all'assicuratore una proposta di contratto d'assicurazione.
2. La persona contraente è la persona che ha sottoscritto un contratto con l'assicuratore.
3. La persona che è menzionata come assicurata nella polizza d'assicurazione è considerata la persona assicurata.

Art. 6 Proposta d'assicurazione

1. L'invio di una proposta d'assicurazione non costituisce una richiesta di offerta, bensì una dichiarazione formale della persona proponente all'assicuratore di voler stipulare uno o più contratti d'assicurazione. La persona proponente rimane vincolata all'assicuratore conformemente alle disposizioni dell'articolo 1 LCA, cioè per 14 giorni o per quattro settimane se sono richieste informazioni mediche.
2. La persona proponente può revocare la proposta al più tardi entro 14 giorni dall'invio della sua domanda di sottoscrizione di contratto. Questo termine è rispettato se la persona proponente consegna la revoca all'assicuratore conformemente all'articolo 37 CGC, o se consegna alla posta la sua notifica di revoca al più tardi entro l'ultimo giorno del termine.

3. Se la proposta è inviata dall'assicuratore, la persona contraente può revocare il contratto entro 14 giorni dalla sua accettazione.
4. La proposta d'assicurazione deve essere formulata tramite il modulo messo a disposizione dall'assicuratore. La persona proponente deve rispondere a tutte le domande che figurano nella proposta d'assicurazione e nel questionario sullo stato di salute in modo completo e veritiero. È inoltre responsabile del fatto che le risposte fornite da un terzo o da un intermediario siano conformi alle sue istruzioni. Le persone assicurate devono autorizzare i terzi a fornire all'assicuratore i documenti e le informazioni di cui ha bisogno.
5. L'assicuratore si riserva il diritto di accettare o di rifiutare la proposta d'assicurazione, di emettere riserve o di applicare sovrappremi se le condizioni particolari del prodotto lo prevedono. Non è tenuto a motivare la sua decisione.
6. Il rifiuto di uno o più prodotti della proposta d'assicurazione o l'emissione di una riserva su uno o più prodotti della proposta d'assicurazione non giustifica la revoca degli altri prodotti accettati dall'assicuratore.
7. Il rifiuto di prodotti di altri membri della famiglia della persona proponente o l'emissione di una riserva su prodotti di altri membri della famiglia della persona proponente (coniuge, figli) non giustifica la revoca della propria proposta o del(i) contratto(i) della persona proponente stessa.
8. La proposta d'assicurazione di una persona che non ha il diritto di esercitare i propri diritti civili deve essere ratificata dal suo rappresentante legale.

Art. 7 Informazioni mediche

1. L'assicuratore può, a sue spese, esigere un rapporto medico.
2. Può altresì fare esaminare lo stato di salute della persona proponente da un medico da lui designato.

Art. 8 Riserve

1. L'assicuratore può emettere delle riserve per le persone che, nel momento in cui compilano la proposta d'assicurazione, soffrono di una malattia o dei postumi di un infortunio. Sono altresì oggetto di riserva le malattie e gli infortuni di cui la persona assicurata ha sofferto anteriormente se, secondo l'esperienza, sono possibili ricadute.
2. L'affezione oggetto della riserva è comunicata alla persona assicurata per mezzo di una dichiarazione di consenso. La persona assicurata che accetta di stipulare il contratto con la riserva è tenuta a dare il suo consenso. Se la persona assicurata non esprime il proprio accordo entro il termine stabilito dall'assicuratore, quest'ultimo può considerare che la persona assicurata rinuncia al diritto di sottoscrivere la copertura oggetto della riserva.
3. Le riserve sono emesse per tutta la durata del contratto. La persona assicurata è libera di fare attestare a sue spese che una riserva non è più giustificata. In questo caso, l'assicuratore si riserva il diritto di mantenere la riserva in questione o di sopprimerla.

Art. 9 Modifica della copertura d'assicurazione

1. La proposta di aumento della copertura d'assicurazione (ad esempio riduzione della franchigia, aumento del livello di copertura o del capitale assicurato) nell'ambito dello stesso prodotto è considerata una proposta di sottoscrizione di un nuovo contratto ai sensi degli articoli da 6 a 13 delle presenti CGC.

2. L'assicuratore si riserva il diritto di accettare o di rifiutare tale proposta o di emettere riserve alle condizioni e nei termini dell'articolo 1 LCA e dell'articolo 6 delle CGC. In particolare, le condizioni del contratto come il termine di disdetta e un eventuale termine di attesa (periodo iniziale del contratto durante il quale non si acquisisce la copertura assicurativa per tutte o alcune prestazioni) si applicano nuovamente e non ci sono diritti acquisiti ripresi dal vecchio contratto.
3. Una riduzione della copertura all'interno dello stesso prodotto è possibile solo alla scadenza della durata minima contrattuale, con un preavviso di un mese alla fine di un anno civile. Se la richiesta di riduzione della copertura è fatta a seguito di un aumento del premio, è richiesto solo un mese di preavviso per la fine di un anno civile.

Art. 10 Inizio del contratto e della copertura d'assicurazione

1. Il contratto d'assicurazione è stipulato nel momento in cui l'assicuratore comunica alla persona proponente di aver accettato la proposta.
2. La copertura d'assicurazione comincia a decorrere dalla data d'entrata in vigore indicata nella polizza d'assicurazione.
3. Sono riservati i termini d'attesa previsti nelle condizioni particolari.

Art. 11 Reticenza

1. Se la persona contraente, quando ha risposto alle domande, ha ommesso di dichiarare o ha dichiarato in modo inesatto un fatto importante che conosceva o doveva conoscere (reticenza), l'assicuratore ha il diritto di disdire il contratto, entro quattro settimane dal momento in cui è venuto a conoscenza della reticenza.
2. La disdetta diventa effettiva quando giunge alla persona contraente.

Art. 12 Periodo d'assicurazione

1. Il periodo d'assicurazione corrisponde a un anno civile e va dal 1° gennaio al 31 dicembre.
2. In caso di sottoscrizione del contratto durante un anno civile, il primo periodo d'assicurazione va dalla data di entrata in vigore del contratto confermata nella polizza d'assicurazione fino alla fine dell'anno civile.

Art. 13 Durata e disdetta del contratto d'assicurazione

1. Il contratto è sottoscritto senza limiti di durata, salvo disposizioni contrarie previste nelle condizioni particolari.
2. Al termine di tre periodi d'assicurazione, la persona contraente può disdire il contratto individualmente per la fine di un anno civile con preavviso di tre mesi. Fanno eccezione alcuni prodotti la cui durata al termine della quale la persona contraente può disdire il contratto secondo le condizioni particolari è diversa. Conformemente all'articolo 35a cpv. 4 LCA, soltanto la persona contraente può esercitare tale diritto di disdetta.
3. L'assicuratore può disdire il contratto in caso di frode o tentativo di frode.
4. Dopo ogni sinistro per il quale l'assicuratore deve corrispondere una prestazione, la persona contraente ha il diritto di disdire il prodotto d'assicurazione in questione entro 10 giorni dal momento in cui è venuta a conoscenza del pagamento dell'indennità. Conformemente all'articolo 35a cpv. 4 LCA, soltanto la persona contraente può esercita-

re tale diritto di disdetta. Se la persona contraente disdice il contratto, l'assicurazione cessa di produrre i suoi effetti quattordici giorni dopo la notifica della disdetta all'assicuratore. Quest'ultimo conserva il suo diritto al premio per il periodo di assicurazione in corso, se la persona contraente disdice il contratto entro un anno dall'entrata in vigore della copertura d'assicurazione. Negli altri casi, il premio è dovuto soltanto fino alla fine del contratto.

5. Il diritto di disdire per violazione del diritto d'informare da parte dell'assicuratore al momento della stipula del contratto si estingue quattro settimane dopo che la persona contraente è venuta a conoscenza della violazione e delle informazioni, ma al massimo due anni dopo la violazione. La disdetta produce i suoi effetti non appena giunge all'assicuratore. Il premio è dovuto soltanto fino alla fine del contratto, se questo è disdetto o cessa di produrre i suoi effetti prima della scadenza.
6. Il contratto può essere disdetto in qualsiasi momento dalla persona contraente o dall'assicuratore per giusti motivi ai sensi dell'articolo 35b LCA.
7. La persona contraente deve notificare la disdetta in conformità con l'articolo 37 delle presenti CGC.

Art. 14 Fine del contratto d'assicurazione

Il contratto d'assicurazione e il diritto alle prestazioni cessano:

- a. con il decesso della persona assicurata;
- b. con la disdetta del contratto d'assicurazione;
- c. se l'assicuratore recede dal contratto d'assicurazione a seguito del mancato pagamento dei premi, conformemente all'articolo 21 cpv. 1 LCA;
- d. in caso di trasferimento del domicilio all'estero, alla data di partenza dal territorio svizzero comunicata alle autorità comunali o cantonali competenti e a condizione che non sia stato concordato altrimenti ai sensi dell'articolo 4a delle presenti condizioni d'assicurazione;
- e. se la persona assicurata domiciliata all'estero non soddisfa più le condizioni per il mantenimento della copertura secondo l'articolo 4a delle presenti condizioni d'assicurazione.

Art. 15 Estensione e durata delle prestazioni assicurate

1. Le prestazioni erogate dall'assicuratore per ogni prodotto d'assicurazione sono disciplinate dalle condizioni particolari d'assicurazione corrispondenti.
2. Salvo disposizioni contrarie indicate nelle condizioni particolari d'assicurazione, le prestazioni in caso di infortunio sono le stesse di quelle erogate in caso di malattia.

Art. 16 Diritto alle prestazioni

1. Il diritto alle prestazioni può essere esercitato solo per le malattie o gli infortuni che insorgono durante la validità della copertura assicurativa.
2. La persona assicurata deve fornire all'assicuratore delle fatture dettagliate.
3. Su richiesta dell'assicuratore, la persona assicurata deve inviare la fattura originale e altri documenti giustificativi necessari (rapporti medici, prescrizioni, attestati di pagamento ecc.).

Art. 17 Pagamento delle prestazioni

1. Le persone assicurate devono in genere pagare direttamente gli onorari ai fornitori di prestazioni. Essi accettano tuttavia le convenzioni stipulate tra l'assicuratore e i fornitori di prestazioni secondo cui, in deroga a quanto precisato, l'assicuratore paga direttamente gli onorari ai fornitori di prestazioni.
2. Le prestazioni coperte sono rimborsate non appena l'assicuratore riceve tutte le informazioni e i documenti che gli permettono di giustificare la fondatezza e l'importanza delle prestazioni richieste.
3. L'assicuratore può stilare il suo conteggio soltanto sulla base delle fatture dettagliate con indicati le date dei trattamenti, il tipo di trattamento, le prestazioni mediche dispensate, l'importo corrispondente ad ogni prestazione, nonché i nomi, gli indirizzi e i numeri di telefono dei fornitori di prestazioni svizzeri e stranieri. Qualora lo ritenesse opportuno, l'assicuratore può esigere, a spese della persona assicurata, la traduzione in una delle lingue nazionali dei documenti in lingua straniera.
4. Le persone assicurate che risiedono all'estero devono comunicare all'assicuratore un indirizzo per il pagamento in Svizzera.

Art. 18 Esclusione delle prestazioni

1. La copertura d'assicurazione è esclusa per:
 - a. le malattie, gli infortuni e i loro postumi che esistono già al momento della sottoscrizione del contratto o che sono oggetto di una riserva;
 - b. le malattie, gli infortuni e i loro postumi dopo la cessazione del contratto d'assicurazione, anche se durante la validità del contratto d'assicurazione sono state erogate prestazioni. Rimane riservato un obbligo di fornire prestazioni periodiche ai sensi dell'articolo 35c LCA;
 - c. per le cure dentarie, a condizione che la copertura non sia espressamente prevista nei vari prodotti d'assicurazione;
 - d. per i costi di un trattamento inefficace, inadeguato o non economico. Con il termine inefficace, si intende un trattamento la cui efficacia non è stata dimostrata con metodi scientifici. Con il termine inadeguato, si intende un trattamento che è controindicato o inappropriato, o dove l'indicazione medica non è chiaramente stabilita. Con il termine non economico, si intende che il trattamento avrebbe potuto essere sostituito da un trattamento alternativo più economico, o non è necessario;
 - e. per i trattamenti di infertilità;
 - f. – per interventi volti a correggere o eliminare difetti fisici o imperfezioni di natura estetica, a meno che non siano richiesti da un evento assicurato;
– per cure di ringiovanimento o interventi destinati a migliorare le prestazioni fisiche;
 - g. per trattamenti derivanti da suicidio, mutilazione volontaria e tentativi di suicidio o mutilazione;
 - h. per i danni alla salute derivanti dall'azione delle radiazioni ionizzanti e i danni causati dall'energia atomica;
 - i. per le conseguenze di eventi di guerra:
 - in Svizzera;
 - all'estero, a meno che la persona assicurata non sia stata colta alla sprovvista da questi eventi nel paese in cui si trova e la malattia o l'infortunio si verifichi entro 15 giorni dall'inizio di questi eventi;

- j. per le conseguenze di disordini di qualsiasi tipo e le misure prese per combatterli, a meno che la persona assicurata non dimostri di non aver partecipato attivamente a tali ostilità a fianco degli istigatori o di non averle fomentate;
 - k. per le malattie causate dalla dipendenza dall'alcol;
 - l. per le malattie e gli infortuni dovuti all'uso eccessivo di farmaci o alcool o all'uso di stupefacenti (droghe);
 - m. per i cambiamenti di sesso, compreso il trattamento e i postumi;
 - n. per i trapianti di organi per i quali la Federazione svizzera per i compiti comuni degli assicuratori malattia di Soletta (SVK) ha concluso forfait per caso. Questo vale anche per gli ospedali per i quali non è stato concordato alcun forfait per caso;
2. Sono altresì esclusi le malattie e gli infortuni che la persona assicurata subisce:
- a. durante il servizio militare all'estero;
 - b. durante i terremoti;
 - c. in caso di crimini o di delitti perpetrati o tentati intenzionalmente, come pure in caso di partecipazione ad atti di guerra o di terrorismo;
 - d. in caso di incidenti stradali in cui la persona assicurata ha un tasso di alcolemia che costituisce un'infrazione grave secondo la legge sulla circolazione stradale;
 - e. in caso di partecipazione a risse e tafferugli, a meno che la persona assicurata non sia stata ferita dai protagonisti benché non partecipasse agli eventi o mentre portava soccorso ad una persona indifesa;
 - f. in occasione di pericoli ai quali la persona assicurata si espone provocando gravemente gli altri;
 - g. partecipando ad atti temerari, vale a dire atti durante i quali la persona assicurata si espone ad un pericolo particolarmente grande senza poter prendere le adeguate misure che possono ridurre il rischio ad un livello ragionevole.

Art. 19 Colpa grave della persona assicurata

Se i sinistri sono la conseguenza di una colpa grave della persona assicurata, l'indennità dell'assicuratore è ridotta in proporzione alla colpa.

Art. 20 Pluralità di assicuratori e prestazioni di terzi

1. In conformità alle presenti condizioni generali d'assicurazione, tutte le prestazioni sono erogate in complemento alle prestazioni degli assicuratori stranieri e svizzeri, sociali e privati, in particolare anche all'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
2. In caso di assicurazione multipla ai sensi della LCA, ogni assicuratore è responsabile del danno nella proporzione in cui la somma da lui assicurata è proporzionale alla somma totale assicurata.
3. Dal momento che si verifica l'evento assicurato, l'assicuratore subentra, fino a concorrenza delle prestazioni fornite, ai diritti della persona assicurata contro qualsiasi terzo responsabile. L'assicuratore non è vincolato dagli accordi stipulati tra la persona assicurata e i terzi tenuti a prestazioni.
4. In mancanza di copertura da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie ai sensi della LAMal, le prestazioni del contratto d'assicurazione sono erogate così come se tale copertura esistesse.

Art. 21 Assicurazione multipla

1. Quando lo stesso interesse è assicurato contro lo stesso rischio e per lo stesso tempo da più di un assicuratore, in modo che il totale delle somme assicurate superi il valore d'assicurazione (assicurazione multipla), la persona contraente è tenuta a notificarlo subito all'assicuratore.
2. Se la persona assicurata non è a conoscenza dell'assicurazione multipla quando viene concluso un contratto successivo, può rescindere questo contratto entro quattro settimane dalla scoperta dell'assicurazione multipla.
3. Se la persona contraente ha omesso intenzionalmente di dare tale notifica, o se ha stipulato un'assicurazione multipla con l'intento di procurarsi in questo modo un profitto illecito, l'assicuratore non è vincolato dal contratto. L'assicuratore avrà diritto all'integralità del premio convenuto.

Art. 22 Sovrassicurazione

1. Le prestazioni d'assicurazione fornite nell'ambito dei prodotti disciplinati dalle presenti condizioni generali non devono comportare un sovraindennizzo della persona contraente.
2. In caso di sovraindennizzo, le prestazioni saranno ridotte di conseguenza.
3. Questa disposizione non si applica ai prodotti che rientrano nelle assicurazioni di somme.

Art. 23 Fornitori di prestazioni riconosciuti dall'assicuratore

1. L'assicuratore assume i costi delle cure fornite da fornitori riconosciuti sia dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie LAMal che dall'assicuratore.
2. L'assicuratore può riconoscere altri fornitori di prestazioni che non sono riconosciuti dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie LAMal.
3. **Prima di ogni trattamento, la persona assicurata deve informarsi se il fornitore di prestazioni presso cui si farà curare fa parte dei fornitori riconosciuti dall'assicuratore.**
4. L'assicuratore può tenere una lista di fornitori di prestazioni riconosciuti o esclusi.
5. L'assicuratore può modificare in qualsiasi momento la cerchia dei fornitori di prestazioni menzionati nei precedenti capoversi 1 e 2.
6. Un tale cambiamento non dà alla persona assicurata il diritto di disdire il contratto.

Art. 24 Tariffe dei fornitori di prestazioni

1. L'assicuratore riconosce le tariffe valide per le assicurazioni sociali svizzere e le tariffe private, alle quali aderisce, applicate secondo convenzione.
2. È possibile pretendere prestazioni soltanto limitatamente alla tariffa che l'assicuratore riconosce per il fornitore di prestazioni in questione.
3. Gli accordi sugli onorari, convenuti tra i fornitori di prestazioni e le persone assicurate, non vincolano l'assicuratore.
4. In caso di controversia sulla tariffa delle prestazioni, la persona assicurata cede all'assicuratore i suoi diritti contro il fornitore di prestazioni.

Art. 25 Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni

Le persone assicurate non possono né cedere, né costituire in pegno i loro crediti verso l'assicuratore, senza il suo consenso.

Art. 26 Fissazione dei premi

1. I premi sono fissati in una tariffa per prodotto d'assicurazione.
2. La tariffa può prevedere premi differenziati secondo il sesso, la regione di domicilio e la fascia d'età della persona assicurata, così come altri criteri definiti nelle condizioni particolari.
3. Le fasce d'età determinanti sono in genere definite nelle condizioni particolari d'assicurazione.
4. Un cambiamento di fascia d'età comporta in genere un adeguamento automatico del premio per le persone assicurate in questione.
5. L'assicuratore può modificare lo scaglionamento dell'ultima fascia d'età se ciò è giustificato da ragioni demografiche o attuariali.
6. L'assicuratore può modificare le regioni di premio se ciò è giustificato da una diversa evoluzione dei costi all'interno di una regione di premio o tra diverse regioni di premio.
7. In caso di aumento del premio a causa di un cambiamento di fascia d'età, di una modifica dello scaglionamento dell'ultima fascia d'età o delle regioni di premio, la persona contraente ha il diritto di disdire il contratto conformemente all'articolo 29 cpv. 3 delle presenti CGC.

Art. 26a Riduzioni e bonus

1. L'assicuratore può concedere riduzioni o bonus, il cui tipo è specificato nella polizza di assicurazione e/o nelle condizioni particolari d'assicurazione.
2. Le categorie di riduzioni sono le seguenti:
 - a. Le riduzioni legate a un contratto quadro: queste sono definite nell'articolo 40 delle presenti CGC.
 - b. Le riduzioni di abbinamento: nelle condizioni particolari o contrattuali sono definiti gli abbinamenti che danno diritto a una riduzione. Tale riduzione può essere modificata conformemente all'articolo 29 delle presenti CGC.
 - c. Le riduzioni derivanti da un'offerta limitata nel tempo: il diritto alla riduzione è valido per un periodo di tempo definito contrattualmente.
 - d. Le riduzioni per famiglie, per bambini e per giovani: il diritto alla riduzione è valido finché la persona assicurata soddisfa i criteri di concessione. Nelle condizioni particolari sono definiti i criteri per la concessione della riduzione. L'assicuratore può modificare o abolire in qualsiasi momento le riduzioni o i bonus con effetto al più tardi dalla fine dell'anno civile in corso.
3. In caso di riduzione/abolizione delle riduzioni o dei bonus, la persona contraente ha il diritto di disdire il contratto ai sensi dell'articolo 29 cpv. 3 delle presenti CGC. Non sussiste alcun diritto di disdetta se le condizioni contrattuali per la concessione di riduzioni o bonus non sono più soddisfatte dalla persona contraente, o se le riduzioni o i bonus sono concessi nell'ambito di campagne promozionali limitate nel tempo.

Art. 27 Pagamento dei premi

1. I premi sono pagabili anticipatamente e annualmente in Svizzera; possono anche essere pagati a rate semestrali, trimestrali o mensili previo accordo speciale e con un supplemento per spese.
2. Il periodo di fatturazione dei premi è di almeno un mese, ad eccezione del mese in cui inizia o finisce l'adesione.

Art. 27a Ingiunzione, diffida e precetto esecutivo

1. Se il premio non è pagato alla scadenza, il debitore riceve una diffida, a sue spese, per effettuare il pagamento entro

14 giorni dalla data dell'invio della diffida, con indicate le conseguenze del ritardo. Se la diffida non produce alcun effetto, l'obbligo di erogare le prestazioni cessa una volta trascorso il termine della diffida.

2. La persona assicurata non può pretendere il rimborso di prestazioni per malattie, infortuni e loro postumi che esistevano o che si sono manifestati durante la sospensione dell'obbligo di erogare le prestazioni, anche se il premio è stato poi pagato.
3. Quando l'assicuratore avvia una procedura esecutiva contro la persona contraente, può reclamarle le spese amministrative.

Art. 28 Rimborso delle franchigie annue e delle aliquote

1. Quando l'assicuratore rimborsa direttamente i fornitori di prestazioni, la persona contraente ha l'obbligo di restituire all'assicuratore la franchigia annua convenuta e/o l'aliquota entro 30 giorni dalla data di fatturazione dell'assicuratore.
2. Se la persona contraente non rispetta tale obbligo di pagamento, si applica per analogia l'articolo 27a.

Art. 29 Modifica delle tariffe dei premi

1. L'assicuratore può adeguare ogni anno la tariffa dei premi e le riduzioni dei premi (conformemente all'articolo 26a) in particolare in caso di:
 - cambiamenti nella frequenza o nell'onere dei sinistri;
 - adeguamento dell'estensione della copertura in conformità all'articolo 36 delle presenti CGC.
2. L'assicuratore informa la persona contraente delle nuove disposizioni contrattuali almeno 30 giorni prima della fine del periodo d'assicurazione.
3. In caso di aumento del premio (cfr. cpv. 1 di cui sopra), la persona contraente ha il diritto di disdire il contratto d'assicurazione interessato dall'aumento entro 30 giorni dal ricevimento della polizza o della notifica dell'aumento, con effetto dalla fine del periodo di assicurazione in corso. L'assicuratore deve ricevere una notifica di disdetta entro 30 giorni. Se la persona contraente non disdice il contratto, gli adeguamenti dei premi sono considerati accettati.
4. La persona contraente non ha il diritto di disdire il contratto in caso di riduzione della tariffa del premio (cfr. cpv. 1 di cui sopra).
5. Una modifica della tariffa del premio dovuta a un trasloco non è considerata un adeguamento del premio ai sensi delle disposizioni di cui sopra. Il diritto di disdetta non si applica in questo caso.

Art. 30 Compensazione

1. L'assicuratore può compensare delle prestazioni scadute con crediti nei confronti delle persone assicurate.
2. Le persone assicurate non hanno alcun diritto di compensazione nei riguardi dell'assicuratore.

Art. 31 Doveri in caso di sinistro

1. Quando richiede prestazioni d'assicurazione, la persona assicurata deve trasmettere all'assicuratore tutti i certificati medici, i rapporti, i giustificativi e le fatture dei diversi fornitori di prestazioni, al massimo entro i termini previsti nell'articolo 38 delle presenti condizioni generali. Sono accettate soltanto le fatture originali.
2. L'assicuratore deve essere informato al massimo entro cinque giorni, dell'ammissione in ospedale o in clinica della

persona assicurata. Se è richiesta una garanzia per l'assunzione delle spese, la notifica deve essere effettuata prima dell'ammissione.

3. La persona assicurata o la persona avente diritto deve comunicare all'assicuratore qualsiasi infortunio il più presto possibile, ma al massimo entro 10 giorni dal suo insorgere. Deve fornire tutte le informazioni relative a:
 - a. il momento, il luogo, le circostanze e i postumi dell'infortunio;
 - b. il medico o l'ospedale;
 - c. gli eventuali responsabili e le assicurazioni interessati.
4. La persona avente diritto deve comunicare all'assicuratore il decesso della persona assicurata al massimo entro 30 giorni, anche se l'infortunio è già stato comunicato.
5. In caso di violazione degli obblighi in caso di sinistro, l'assicuratore può ridurre o rifiutare le prestazioni. Queste sanzioni non si applicano, se la violazione degli obblighi non è imputabile alla persona assicurata o se la persona assicurata può dimostrare che la violazione degli obblighi non ha alcuna influenza sul verificarsi dell'evento temuto e sull'entità delle prestazioni dovute dall'assicuratore.

Art. 32 Dovere di informare

1. Qualsiasi cambiamento (cognome, nome, sesso, stato civile, luogo di domicilio, conto bancario o postale, e-mail, telefono) e i decessi devono essere comunicati subito all'assicuratore. In caso di violazione dei suoi obblighi, la persona assicurata si assumerà le conseguenze e le spese che ne derivano.
2. Se la persona assicurata trasferisce la sua residenza o il suo domicilio fuori dalla Svizzera, deve avvisare l'assicuratore e presentare un certificato di partenza rilasciato dal comune o dal cantone. Su questa base, l'assicuratore disdice il contratto d'assicurazione alla data di partenza indicata nell'attestato.
3. Se la persona assicurata non notifica al comune o al cantone la sua partenza o non la notifica entro un termine adeguato, l'assicuratore può disdire il contratto con effetto retroattivo alla data effettiva della partenza notificata al comune o al cantone. In questo caso, le prestazioni indebite saranno reclamate alla persona assicurata.
4. Sono riservati i contratti proseguiti a causa del mantenimento dell'assicurazione obbligatoria delle cure sanitarie in Svizzera ai sensi dell'articolo 4a.

Art. 33 Informazioni e controlli

1. La persona assicurata autorizza espressamente i fornitori di prestazioni che l'hanno curata durante una malattia, un infortunio o in altre occasioni, a fornire al medico di fiducia dell'assicuratore tutte le informazioni di cui ha bisogno per la valutazione delle conseguenze del caso. Inoltre, li svincola in tal modo dal segreto professionale.
2. Quando l'assicurazione è stata stipulata in complemento ad un altro assicuratore sociale o privato, la persona assicurata deve fornire all'assicuratore il conteggio delle prestazioni che gli sono state versate dagli altri assicuratori.
3. L'assicuratore ha il diritto di chiedere a sue spese delle perizie effettuate da medici o specialisti di sua scelta per definire lo stato di salute della persona assicurata o la sua capacità di lavoro. La persona assicurata deve sottoporsi a tali perizie mediche che servono a determinare la diagnosi e a definire il diritto alle prestazioni.
4. La persona assicurata deve sottoporsi in qualsiasi momento al controllo degli ispettori e dei medici di fiducia dell'as-

sicuratore. Dovrà seguire le prescrizioni di questi ultimi per accelerare la guarigione. La persona assicurata che rifiuta di sottoporsi a un controllo da parte di un medico specialista designato liberamente dall'assicuratore si espone al rifiuto delle prestazioni.

Art. 34 Dovere di ridurre il danno

1. La persona assicurata, dall'inizio della malattia o dell'infortunio, deve consultare un fornitore di prestazioni diplomato e in possesso di un'autorizzazione di esercitare e seguirne interamente le prescrizioni. Deve evitare tutto ciò che potrebbe nuocere alla sua guarigione o prolungare la malattia e deve attenersi alle indicazioni che il fornitore di prestazioni le ha dato per quanto concerne le ore di uscita autorizzate. L'assicuratore non risponde dell'aggravarsi delle conseguenze di una malattia o di un infortunio dovuto alla consultazione tardiva di un fornitore di prestazioni o all'inosservanza delle sue prescrizioni.
2. La persona assicurata non può indurre il fornitore di prestazioni ad effettuare trattamenti e controlli inutili o non economici (ad esempio visite a domicilio inutili, degenze ospedaliere invece di trattamenti in ambulatorio, turismo medico...).

Art. 35 False fatture e frode all'assicurazione

1. Le prestazioni non sono concesse in caso di fatture false o falsificate, nonché in caso di frode o di tentativo di frode all'assicurazione.
2. In questi casi, la persona assicurata deve assumere le spese derivanti dal controllo che l'assicuratore ha effettuato e dal trattamento dell'incanto.

Art. 36 Adeguamento delle condizioni d'assicurazione

1. L'assicuratore ha il diritto di adeguare le condizioni generali e particolari dei prodotti d'assicurazione se vi sono modifiche nei seguenti campi:
 - a. sviluppo della medicina moderna;
 - b. istituzione di forme di terapia nuove o onerose, come ad esempio le tecniche operatorie, medicinali e altri casi simili;
 - c. aumento del numero o creazione di nuovi generi di fornitori di prestazioni;
 - d. modifiche delle prestazioni nell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
2. Le nuove condizioni si applicano alla persona contraente e all'assicuratore se sono adeguate secondo il primo capoverso durante la validità dell'assicurazione.
3. L'assicuratore informa le persone assicurate di questi adeguamenti. Se la persona contraente non li accetta, può disdire il contratto in questione con effetto dalla data in cui gli adeguamenti hanno effetto. Se l'assicuratore non riceve alcuna disdetta entro 30 giorni, le nuove disposizioni sono considerate accettate.

Art. 37 Comunicazioni

1. Le comunicazioni della persona contraente e dell'assicuratore possono essere validamente indirizzate per iscritto o tramite qualsiasi forma che consenta la prova per testo (e-mail o mezzi di comunicazione messi a disposizione dall'assicuratore), ad eccezione dei social network.
2. Le comunicazioni della persona contraente devono essere inviate agli indirizzi postali o elettronici indicati nei documenti ufficiali dell'assicuratore.

3. Le comunicazioni dell'assicuratore sono validamente effettuate all'ultimo indirizzo di posta o elettronico indicato all'assicuratore dalla persona contraente o dalla persona assicurata.
4. L'assicuratore può anche inviare comunicazioni generali alle persone assicurate per mezzo del giornale destinato agli assicurati. Una persona assicurata che non desidera più ricevere questo giornale può richiederlo all'assicuratore, nel qual caso l'assicuratore sarà liberato da ogni responsabilità per le comunicazioni pubblicate. Queste comunicazioni possono anche essere fatte sul sito web dell'assicuratore e in un documento allegato all'invio annuale delle polizze d'assicurazione.

Art. 38 Prescrizione

I crediti inerenti al contratto d'assicurazione cadono in prescrizione dopo cinque anni dalla nascita dell'obbligo.

Art. 39 Condizioni particolari d'assicurazione

1. Per tutti i prodotti d'assicurazione, l'assicuratore emana delle condizioni particolari che completano e precisano le presenti condizioni generali.
2. Eventuali disposizioni contrarie delle condizioni particolari si applicano al posto delle presenti condizioni generali.

Art. 40 Contratto quadro

1. Per tutti i prodotti d'assicurazione, l'assicuratore può stipulare contratti quadro con partner contrattuali (co-contraenti) per l'adesione di persone che hanno un certo rapporto giuridico con questo co-contraente.
2. L'assicuratore può concedere riduzioni di premio in relazione a un contratto quadro.
3. Le condizioni di concessione e di abolizione delle riduzioni sono comunicate alla persona assicurata prima della sottoscrizione del contratto.
4. In funzione dell'evoluzione della frequenza o dell'onere dei sinistri, le riduzioni possono essere modificate conformemente all'articolo 29 delle presenti CGC.
5. Una modifica del contratto quadro può comportare la modifica o l'abolizione delle riduzioni, con effetto dalla fine del periodo d'assicurazione in corso.
6. Il diritto alla riduzione si estingue, in ogni caso, se la persona assicurata esce dalla cerchia delle persone assicurate o se il contratto quadro viene sciolto.
7. In caso di riduzione o di abolizione della riduzione, la persona contraente ha il diritto di disdire il contratto in questione entro 30 giorni dal ricevimento della polizza o della notifica dell'adeguamento, con effetto dalla fine del periodo di assicurazione in corso.

Art. 41 Giurisdizione e foro competente

1. Salvo disposizioni particolari contrarie, gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti sul territorio svizzero e in franchi svizzeri.
2. In caso di litigio, la persona contraente o la persona avente diritto può scegliere sia i tribunali del suo domicilio in Svizzera, sia quelli della sede dell'assicuratore. Rimangono tuttavia riservate le convenzioni internazionali.

Art. 42 Protezione dei dati

Dati personali e sensibili

Il Groupe Mutuel Services SA tratta i dati personali e sensibili della persona contraente, della persona assicurata e, se del caso, delle persone aventi diritto o delle persone vincolate (qui di seguito: le persone interessate) per conto del Groupe Mutuel Vita GMV SA, l'assicuratore. Il trattamento dei dati è delegato al Groupe Mutuel Services SA (qui di seguito: Groupe Mutuel), una società del Groupe Mutuel Holding SA. Queste due società sono soggette alla Legge federale sulla protezione dei dati (LPD). Con l'espressione «dati personali» si intendono in particolare le informazioni relative alle persone interessate, che includono le informazioni relative alla gestione del contratto d'assicurazione. Con l'espressione «dati sensibili» si intendono in particolare le informazioni relative allo stato di salute delle persone assicurate e ai sinistri. Sono soprattutto trattate le seguenti categorie di dati personali e sensibili: i dati personali dichiarativi delle persone interessate, vale a dire quei dati che il Groupe Mutuel può raccogliere dalle persone interessate in caso di interesse manifesto e/o in caso di sottoscrizione di prodotti e servizi che fornisce o distribuisce; i dati relativi alle prestazioni fornite o al funzionamento di prodotti e servizi o al loro utilizzo, in particolare quando si utilizzano i servizi online; i dati provenienti da terzi, da altri servizi o da informazioni pubbliche quando ciò è autorizzato.

Base giuridica

Il Groupe Mutuel tratta i dati personali e sensibili delle persone interessate e implementa il trattamento dei dati secondo le seguenti basi giuridiche: il consenso delle persone interessate, rispettivamente l'esplicito consenso per i dati sensibili; le disposizioni di legge applicabili alle attività del Groupe Mutuel (in particolare la LPD); il contratto stipulato tra il Groupe Mutuel e le persone interessate; l'interesse pubblico preponderante o l'interesse privato preponderante (ai sensi della LPD) del Groupe Mutuel o delle persone interessate.

Finalità

I dati personali e sensibili sono utilizzati in particolare per valutare i rischi da assicurare, trattare i sinistri, garantire il monitoraggio amministrativo, statistico e finanziario del contratto, consentire la gestione delle sue attività (statistiche, audit interno ed esterno ecc.) e il rispetto dei suoi obblighi legali, il miglioramento e lo sviluppo dei servizi forniti, l'ottimizzazione e l'economia dei costi assicurativi, l'esecuzione di operazioni di prospezione e di marketing, la gestione dei debiti e dei contenziosi, la lotta contro la frode, il riciclaggio di denaro, il finanziamento del terrorismo e l'evasione fiscale. A tal fine, questi dati potranno essere comunicati, condivisi e scambiati tra il Groupe Mutuel e terzi (vedere sotto). Per quanto concerne i dati utilizzati a fini statistici, questi sono resi anonimi.

Sicurezza

Nell'ambito del trattamento dei dati personali e considerando i rischi presentati dal trattamento, il Groupe Mutuel, i suoi intermediari assicurativi e altri mandatari (per esempio un riassicuratore) si impegnano ad attuare tutte le disposizioni necessarie per conformarsi alla normativa sulla protezione dei dati. Tali disposizioni includono, in particolare, le misure tecniche, fisiche e organizzative necessarie per tutelare la sicurezza dei dati personali e impedirne la modifica, il danneggiamento o l'accesso da parte di terzi non autorizzati.

Trasferimento dei dati

I dati vengono trattati in modo riservato e possono essere comunicati a terzi (per esempio intermediari assicurativi, riassicuratori, medici, aventi diritto, ufficio AI, sicurezza sociale del paese di residenza della persona assicurata), anche all'estero. Tale comunicazione avviene, ad esempio, sulla base di obblighi giuridici, decisioni giudiziarie, condizioni generali di assicurazione o consenso delle persone interessate. Il consenso deve essere dato esplicitamente se si tratta di dati sensibili. Se il trattamento dei dati è oggetto di un contratto di subappalto, outsourcing o collaborazione con terzi, questi ultimi si impegnano, nell'ambito del loro rapporto contrattuale con il Groupe Mutuel, a rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali. Il Groupe Mutuel seleziona i subappaltatori che presentano le necessarie garanzie. I dati affidati agli intermediari assicurativi saranno registrati e trasmessi al Groupe Mutuel per il trattamento delle domande di assicurazione e per il monitoraggio amministrativo e finanziario tra l'intermediario d'assicurazione e il Groupe Mutuel. Quest'ultimo non è responsabile del trattamento dei dati personali che l'interessato può avere autorizzato presso terzi o che è realizzato indipendentemente dal Groupe Mutuel. Spetta alle persone interessate riferirsi alle politiche di protezione dei dati dei terzi per verificare le condizioni del trattamento effettuato o per esercitare i propri diritti rispetto a tale trattamento.

Profilatura

Durante il rapporto contrattuale con il Groupe Mutuel, la persona interessata può essere oggetto di profilatura a scopo di marketing, in modo che l'assicuratore possa proporre servizi e prodotti che soddisfino le sue aspettative, il suo profilo e le sue esigenze.

Durata di conservazione

I dati personali sono conservati per tutto il tempo necessario per legge, per la gestione del contratto d'assicurazione, per i sinistri, per i diritti di ricorso, per la riscossione e/o per eventuali controversie tra il Groupe Mutuel, la persona assicurata, l'intermediario d'assicurazione o i terzi.

Diritti di accesso e di rettifica

Le persone interessate hanno il diritto di accedere ai loro dati personali, far rettificare tali dati, far cancellare i loro dati nei limiti delle disposizioni di legge applicabili, far limitare il trattamento dei dati, chiedere il trasferimento dei dati, revocare il consenso al trattamento dei dati personali con riserva del trattamento dei dati necessari per l'esecuzione del contratto, rivolgersi all'autorità di vigilanza competente.

Data Protection Officer

Il Groupe Mutuel ha designato un Data Protection Officer (adetto alla protezione dei dati) che può essere contattato al seguente indirizzo:

dataprotection@groupemutuel.ch

Maggiori informazioni sulla protezione dei dati sono disponibili nel sito Internet del Groupe Mutuel: www.groupemutuel.ch.

Art. 43 Protezione dei dati concernenti la consulenza e l'orientamento personalizzati

1. L'assicuratore può raccogliere e utilizzare informazioni demografiche, contrattuali e mediche della persona assicurata dall'inizio del contratto di assicurazione per i seguenti scopi:
 - emettere raccomandazioni sulla prevenzione e sulla promozione della salute;
 - fornire consulenza su tutte le questioni relative alla salute;
 - raccomandare i fornitori di prestazioni adatti a trattare il problema di salute della persona assicurata;
 - fare offerte mirate per prodotti o servizi che soddisfano i criteri di economia.
2. I dati utilizzati per fornire le prestazioni descritte al paragrafo 1 possono essere tratti da tutti gli incarti riguardanti la persona assicurata compilati presso una delle società del Groupe Mutuel Holding SA (compresa l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie).
3. Affinché i dati degli incarti dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie possano essere comunicati per uno degli scopi summenzionati, l'assicuratore richiederà in ogni singolo caso il consenso espresso supplementare della persona assicurata.
4. La persona assicurata può ritirare il proprio consenso in qualsiasi momento ai sensi dell'articolo 42 delle presenti condizioni di assicurazione.

Condizioni particolari dell'assicurazione ProVista

IDGA02-I9 – edizione 01.10.2021

Le seguenti disposizioni sono disciplinate dalle condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari (CGC), la cui data d'edizione è indicata nella polizza d'assicurazione.

Art. 1 Scopo dell'assicurazione

L'assicurazione ProVista copre le conseguenze economiche dell'invalidità o del decesso a seguito di un infortunio. Le malattie professionali ai sensi della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) non sono coperte.

Art. 2 Lesioni equiparate a un infortunio

1. In complemento a quanto previsto dalle disposizioni delle condizioni generali delle assicurazioni malattia e infortunio complementari (CGC), sono considerati infortuni le lesioni del menisco che si verificano o che sono curate per la prima volta almeno due anni dopo l'inizio dell'assicurazione, nonché i postumi di congelamento, il collasso, l'insolazione e i danni alla salute provocati dai raggi ultravioletti, ad eccezione dei colpi di sole; l'affogamento è considerato un infortunio.
2. Le prestazioni sono altresì versate per le lesioni fisiche che l'assicurato subisce nell'ambito di misure terapeutiche e di esami necessari in seguito a un infortunio assicurato.

Art. 3 Condizioni d'adesione

Qualsiasi persona domiciliata in Svizzera può sottoscrivere questa assicurazione fino all'età di 65 anni.

Art. 4 Tipo di prestazioni

1. L'assicuratore eroga le seguenti prestazioni:
 - a. un capitale in caso d'invalidità (art. 6)
 - b. un capitale in caso di decesso (art. 7)
2. Le prestazioni dell'assicurazione ProVista rientrano nella categoria d'assicurazione di somme.

Art. 5 Diritto alle prestazioni

1. Le prestazioni assicurate sono indicate nella polizza assicurativa.
2. Le prestazioni contrattuali sono erogate per gli infortuni che si verificano dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.
3. L'erogazione delle prestazioni è subordinata alla presentazione di un certificato medico, di un certificato di decesso o di un certificato di eredità. Solo i documenti originali sono accettati.

Art. 6 Prestazioni in caso di invalidità (categoria I)

a. Diritto

Se l'infortunio comporta un'invalidità permanente probabile, il capitale di invalidità è versato. Questo è determinato dal grado di invalidità, dalla somma di assicurazione convenuta e dalla tabella fissata all'appendice A.

b. Grado di invalidità

Il grado di invalidità è fissato secondo le regole seguenti:

1. Gradi fissi

- In caso di perdita totale o di privazione totale dell'uso:
- delle due braccia o delle due mani,
 - delle due gambe e dei due piedi, di un braccio

o di una mano e simultaneamente di una gamba o di un piede	100%
– di tutto il braccio	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 ginocchio e al di sotto	50%
– di un piede	40%
– della vista da entrambi gli occhi	100%
– della vista da un occhio	30%
– della vista da un occhio, se quella dell'altro era già completamente persa prima dell'infortunio	70%
– dell'udito di entrambe le orecchie	60%
– dell'udito di un orecchio	15%
– dell'udito di un orecchio, se quello dell'altro era già completamente perso prima dell'infortunio	45%
– di un rene	20%
– della milza	5%
– dell'odorato	3%
– del gusto	3%
– in caso di impedimento di qualsiasi lavoro a seguito di disturbi mentali	100%

2. In caso di perdita o di privazione parziale dell'uso di questi arti o organi, il grado di invalidità è ridotto in proporzione.
3. Allorquando più arti o organi sono toccati simultaneamente, il grado di invalidità si ottiene dall'addizione delle loro percentuali senza che il totale possa oltrepassare il 100% per infortunio.
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 l'invalidità permanente risultante da un infortunio è aggravata da difetti fisici preesistenti, l'indennità non potrà essere superiore a quella che sarebbe stata concessa se la persona fosse stata sana di corpo. Se l'arto o l'organo toccato dall'infortunio era già parzialmente o totalmente mutilato o privato dell'uso, il grado di invalidità preesistente, calcolato in base ai principi elencati sopra, è detratto al momento della determinazione dell'indennità. Le disposizioni del punto 1 sopra indicato, concernenti la perdita della vista e dell'udito, sono riservate.
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. Se l'infortunio ha causato un danno estetico grave e permanente che non dà diritto a un capitale invalidità secondo la lettera a del presente articolo, ma che co-

stituisce comunque un danno psichico che potrebbe pregiudicare il futuro economico o la situazione sociale della persona assicurata, l'assicuratore eroga un'indennità pari al:

- 10% della somma d'assicurazione convenuta nella polizza se il danno interessa il viso;
- 5% della somma d'assicurazione convenuta nella polizza se il danno interessa altre parti del corpo.

L'indennità dovuta per tali danni è limitata a Fr. 20'000.– per sinistro.

8. Il grado d'invalidità è fissato nel momento in cui lo stato della persona assicurata è presunto definitivo, ma al massimo cinque anni dopo l'infortunio.

c. Progressione

Se il grado d'invalidità non supera il 25%, la somma d'assicurazione è versata secondo la percentuale del grado d'invalidità. 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. 7 Prestazioni in caso di decesso (categoria D)

1. Se l'infortunio comporta la morte della persona assicurata, il capitale di decesso convenuto viene versato. Gli aventi diritto sono i seguenti:
 - a. il coniuge superstite, in mancanza;
 - b. i figli, in parti uguali, in mancanza;
 - c. gli eredi aventi diritto, esclusa la comunità pubblica.
2. In deroga all'articolo 7 cpv. 1, la persona contraente può in qualunque momento designare o escludere delle persone beneficiarie tramite comunicazione indirizzata all'assicuratore conformemente all'articolo 37 delle condizioni generali d'assicurazione. Se la o le persone beneficiarie summenzionate decedono prima, si applicano le disposizioni previste nell'articolo 7 cpv. 1.
3. Nel caso in cui il matrimonio, rispettivamente l'unione domestica registrata, sia stato(a) contratto(a) dopo l'infortunio, la sussistenza del diritto è subordinata alla condizione che la promessa di matrimonio o di unione domestica sia stata pubblicata prima dell'infortunio o che il matrimonio o l'unione domestica sia durato(a) almeno due anni prima del decesso della persona assicurata.
4. Se non vi sono aventi diritto, le spese di sepoltura sono assunte, tuttavia al massimo fino al 10% della somma assicurata in caso di decesso.
5. Per i bambini, il capitale erogato corrisponde a quello indicato nella polizza d'assicurazione, ma al massimo:
 - a. Fr. 2'500.– prima dell'età di due anni e sei mesi;
 - b. Fr. 20'000.– tra l'età di due anni e sei mesi e 12 anni.
6. La persona supersiste che ha causato intenzionalmente il decesso della persona assicurata perde il proprio diritto alle prestazioni.

Art. 8 Liberazione dal pagamento dei premi in caso di invalidità o di decesso del capofamiglia

1. Per i figli assicurati, l'assicuratore assume fino all'età di 15 anni compiuti il pagamento integrale dei premi periodici, se il capofamiglia diventa invalido, a un tasso di invalidità superiore al 50% oppure decede.
2. Il premio è assunto a decorrere dal giorno successivo a quello in cui sopravviene l'invalidità o il decesso. La liberazione dal pagamento dei premi deve essere richiesta per iscritto allegando i documenti ufficiali corrispondenti (decisione dell'Ufficio AI, atto di decesso e libretto di famiglia).

Art. 9 Effetto congiunto di cause indipendenti dall'infortunio

Se i danni alla salute sono dovuti solo parzialmente a un infortunio assicurato, le prestazioni sono fissate in maniera proporzionale in base a una perizia medica.

Art. 10 Colpa personale

L'assicuratore rinuncia a ridurre le proprie prestazioni per gli infortuni causati da un'imprudenza o da una negligenza grave della persona assicurata.

Art. 11 Riduzione delle somme dell'assicurazione

1. Non appena la persona assicurata compie l'età di 70 anni, le somme assicurate sono limitate nel seguente modo:
 - in caso di decesso a Fr. 10'000.–;
 - in caso di invalidità a Fr. 30'000.–.
2. Le somme di assicurazione sono automaticamente ridotte a decorrere dal 1° gennaio, non appena i suddetti limiti di età sono raggiunti.

Art. 12 Determinazione dei premi

1. I premi sono indicati nella polizza di assicurazione.
2. I premi sono scaglionati in base al sesso, alle fasce di età e ai capitali assicurati.

Appendice A

Grado d'invalidità %	Indennità %	Grado d'invalidità %	Indennità %	Grado d'invalidità %	Indennità %	Grado d'invalidità %	Indennità %
26	28	45	85	64	170	83	265
27	31	46	88	65	175	84	270
28	34	47	91	66	180	85	275
29	37	48	94	67	185	86	280
30	40	49	97	68	190	87	285
31	43	50	100	69	195	88	290
32	46	51	105	70	200	89	295
33	49	52	110	71	205	90	300
34	52	53	115	72	210	91	305
35	55	54	120	73	215	92	310
36	58	55	125	74	220	93	315
37	61	56	130	75	225	94	320
38	64	57	135	76	230	95	325
39	67	58	140	77	235	96	330
40	70	59	145	78	240	97	335
41	73	60	150	79	245	98	340
42	76	61	155	80	250	99	345
43	79	62	160	81	255	100	350
44	82	63	165	82	260		

LGGA02-I4 – edizione 01.10.2021

Le seguenti disposizioni sono regolate dalle condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari (CGC), la cui data d'edizione è indicata nella polizza d'assicurazione.

Art. 1 Assicuratore che assume il rischio

L'assicuratore che assume il rischio dell'assicurazione di protezione giuridica del paziente Legis^{sana} è il Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA (qui di seguito «GMA SA»).

Art. 2 Società gestore dei sinistri

GMA SA ha affidato la gestione dei sinistri a Dextra Protezione giuridica SA, Hohlstrasse 556, 8048 Zurigo (qui di seguito «Dextra»).

Art. 3 Condizioni d'adesione

Qualsiasi persona fisica domiciliata in Svizzera può richiedere di sottoscrivere l'assicurazione di protezione giuridica Legis^{sana}.

Art. 4 Rischi coperti

1. Dextra si assume l'onere di richiedere il risarcimento danni in caso di litigio con il corpo medico (medici, dentisti, chirurghi, fisioterapisti, ecc.), gli ospedali, le cliniche o le altre istituzioni mediche, in seguito ad un errore di diagnosi o di trattamento medico. Il litigio dovrà essere in relazione a una diagnosi o a un trattamento medico in seguito a una malattia, a una maternità o a un infortunio che dà diritto, a favore della persona assicurata, a prestazioni riconosciute e coperte da un'assicurazione complementare che assume le spese di trattamento o di cura sottoscritta presso un assicuratore del Groupe Mutuel Holding SA o amministrato da una delle sue società o riconosciute e coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.
2. Non sono assicurati i litigi relativi a trattamenti psichiatrici o psicoterapeutici e la contestazione di onorari o fatture.

Art. 5 Validità territoriale

Sono coperti i litigi il cui foro giuridico si trova Svizzera, a condizione che il diritto svizzero sia applicabile.

Art. 6 Validità nel tempo

L'assicurazione Legis^{sana} copre i litigi derivanti da un errore di diagnosi o di trattamento medico verificatosi dopo l'entrata in vigore del contratto e prima della sua scadenza e le cui conseguenze giuridiche si manifestano durante la validità del contratto.

Art. 7 Premi, polizza d'assicurazione, adesione e disdetta

1. I premi sono indicati nella polizza d'assicurazione. Sono riscossi insieme a quelli delle altre categorie assicurative e sono dovuti a GMA SA.
2. L'affiliazione avviene mediante una proposta d'assicurazione in base alle condizioni d'ammissione di GMA SA.
3. L'assicurazione Legis^{sana} è stipulata almeno per un anno. Si rinnova di anno in anno civile (periodo di assicurazione).
4. In deroga all'articolo 13 CGC, l'assicurato può, al termine

di un anno d'assicurazione, disdire il suo contratto d'assicurazione per la fine di un anno civile, con preavviso di tre mesi. Rimane riservato il diritto per GMA SA di disdire il contratto in caso di un comportamento da parte dell'assicurato che violi il contratto. La disdetta è valida se è trasmessa a GMA SA entro l'ultimo giorno del mese di settembre.

5. Se l'assicurato non adempie più le condizioni previste all'articolo 3, il contratto cessa.

Art. 8 Prestazioni assicurate

1. Oltre all'assistenza giuridica fornita da Dextra, la copertura assicurativa include, per i sinistri coperti e fino a concorrenza di un importo massimo di Fr. 300'000.– per caso, l'assunzione delle seguenti spese (lista esaustiva):
 - a. onorari di avvocati e di altri mandatari legali;
 - b. spese di perizie;
 - c. tasse e spese di giustizia;
 - d. indennità giudiziarie accordate alla controparte;
 - e. spese di trasferta dell'assicurato per recarsi alle udienze in tribunale e per assistere ai sopralluoghi, ove la sua presenza sia indispensabile;
 - f. perdita effettiva del reddito risultante dalle trasferte previste alla lettera e precitata;
 - g. costi di procedure esecutive fino alla presentazione di un attestato di carenza beni o di una comminatoria di fallimento.
2. Le partecipazioni alle spese ottenute per via legale o mediante procedura transattiva sono acquisite da Dextra, fino a concorrenza delle proprie prestazioni.

Art. 9 Esclusione

Il pagamento delle spese seguenti non è assicurato:

- a. i danni e gli interessi;
- b. i costi a carico di un responsabile o del suo assicuratore;
- c. i costi a carico dell'assicurazione responsabilità civile dell'assicurato.

Art. 10 Notifica di un sinistro

L'assicurato deve comunicare a Dextra, nel più breve tempo possibile a decorrere dal momento in cui avviene, o dalla constatazione dello stesso, qualsiasi sinistro le cui conseguenze prevedibili possono concernere l'assicurazione.

Per posta: Dextra Protezione giuridica SA
Hohlstrasse 556
8048 Zurigo

Per telefono: 044 296 64 62

Via Internet: www.dextra.ch/legis

Art. 11 Trattamento di un caso di protezione giuridica

1. Dextra informa l'assicurato sui suoi diritti, difende i suoi interessi e cerca di ottenere il migliore risultato possibile. Per questo, l'assicurato conferisce a Dextra pieni poteri.
2. Tutti i documenti concernenti il sinistro (corrispondenza, convocazioni, decisioni e sentenze con relative buste, ecc.) devono essere trasmessi subito a Dextra.

3. L'assicurato si astiene da qualsiasi intervento nell'ambito delle trattative condotte da Dextra. Senza previo accordo di Dextra l'assicurato non conclude alcuna transazione, non conferisce alcun mandato e non dà avvio ad alcuna procedura.
4. L'assicurato può scegliere liberamente un avvocato in possesso delle qualifiche richieste:
 - a. nel caso in cui occorresse nominare un rappresentante legale in vista di un procedimento giudiziario o amministrativo;
 - b. in caso di conflitti d'interessi.
5. L'assicurato libera qualsiasi mandatario dal segreto professionale nei confronti di Dextra.

Art. 12 Procedura applicabile in caso di divergenza d'opinione

1. Qualora si verificasse una divergenza d'opinione tra Dextra e l'assicurato sulle misure da intraprendere nel corso delle trattative per il disbrigo di un caso coperto, o se Dextra rifiutasse le sue prestazioni per un rimedio da intraprendere, perché a suo parere inefficace, comunica all'assicurato, per iscritto, motivandone le ragioni, il suo rifiuto d'intervenire. Dextra informa l'assicurato circa la procedura arbitrale prevista dalle presenti condizioni particolari.
2. Alla ricezione di tale comunicazione, l'assicurato deve immediatamente prendere egli stesso le misure necessarie alla tutela dei propri interessi. Dextra declina qualsiasi responsabilità, segnatamente per le conseguenze di un termine non rispettato. L'assicurato beneficia di un termine di 30 giorni per comunicare a Dextra la sua intenzione di ricorrere ad un arbitro.
3. In caso di ricorso alla procedura arbitrale, l'assicurato e Dextra designano di comune accordo un arbitro unico. L'arbitro, con procedura sommaria, non formale, che comporti un solo scambio di allegati, decide, e imputa successivamente alle parti le relative spese della procedura in funzione del risultato. Per il resto, la procedura si svolgerà conformemente alle vigenti disposizioni del Concordato intercantonale sull'Arbitrato.
4. Se l'assicurato, malgrado il rifiuto delle prestazioni, desidera procedere a proprie spese e così facendo ottiene un risultato in sostanza migliore rispetto alla valutazione espressa da Dextra o alla decisione resa in sede arbitrale, Dextra provvederà a rimborsargli le spese di procedura sostenute nei limiti delle vigenti disposizioni contrattuali.

Art. 13 Violazione degli obblighi contrattuali

Se l'assicurato viola in modo colposo i propri obblighi contrattuali, la garanzia d'assicurazione può essere rifiutata.

Art. 14 Comunicazioni

1. Le dichiarazioni e le comunicazioni di cui l'assicurato è responsabile relativamente alla gestione dei contratti devono essere indirizzate conformemente all'articolo 37 delle condizioni generali d'assicurazione.
2. Le dichiarazioni e le comunicazioni di cui l'assicurato è responsabile nell'ambito di un sinistro devono essere indirizzate alla sede amministrativa di Dextra Protezione giuridica SA o a una delle sue agenzie ufficiali.
3. Le comunicazioni di Dextra o di GMA SA all'assicurato saranno notificate in modo giuridicamente valido all'ultimo indirizzo noto in Svizzera comunicato dall'assicurato.

Art. 15 Trattamento dei dati personali dell'assicurato

1. I dati personali e amministrativi raccolti sono necessari all'intermediario, a GMA SA e a Dextra per stilare un'offerta, trattare la/le proposta/e d'assicurazione secondo la LCA e il/i conseguente/i contratto/i e per gestire i sinistri. Essi serviranno per la valutazione dei rischi da assicurare, per il trattamento dei sinistri, per la gestione amministrativa, statistica e finanziaria della/e assicurazione/i sottoscritta/e, nonché per la gestione amministrativa e finanziaria tra l'intermediario, GMA SA e Dextra e/o il Groupe Mutuel Services SA, in quanto quest'ultimo è incaricato di alcune attività d'amministrazione dell'assicurazione per GMA SA.
2. In caso di necessità, GMA SA, Dextra e/o il Groupe Mutuel Services SA, si riservano il diritto di trasmettere i dati ai terzi coinvolti nell'esecuzione del contratto in Svizzera e all'estero, in particolare a società del Groupe Mutuel Holding SA.
3. I dati personali e amministrativi sono generalmente conservati in formato elettronico e/o cartaceo e/o scannerizzati. Essi sono conservati per tutto il tempo richiesto per legge e finché la gestione del contratto d'assicurazione, dei sinistri, dei diritti di ricorso, d'incasso, della remunerazione dell'intermediario e/o di eventuali controversie tra GMA SA, Dextra, l'assicurato, l'intermediario o terzi, lo esige.

Art. 16 Giurisdizione e foro competente

Il foro giuridico di un'eventuale azione giudiziaria intentata nei confronti di GMA SA è quello del domicilio in Svizzera dell'assicurato, oppure della sede di GMA SA.

Art. 17 Diritto applicabile

Alla presente assicurazione si applicano le disposizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione del 2 aprile 1908 (LCA), le disposizioni della Legge federale sulla sorveglianza delle imprese d'assicurazione del 17 dicembre 2004 e quelle della relativa Ordinanza del 9 novembre 2005 sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione private.

A. Disposizioni generali

Art. 1 Assicuratore che assume il rischio

L'assicuratore che assume il rischio dell'assicurazione di protezione giuridica privata e mobilità è il Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA (qui di seguito «GMA SA»).

Art. 2 Società gestore dei sinistri

GMA SA ha affidato la gestione dei sinistri a Dextra Protezione giuridica SA, Hohlstrasse 556, 8048 Zurigo (qui di seguito «Dextra»).

Art. 3 Condizioni d'adesione

Qualsiasi persona fisica domiciliata in Svizzera può richiedere di sottoscrivere l'assicurazione di protezione giuridica privata e/o mobilità.

Art. 4 Proposta d'assicurazione

1. L'invio di una proposta d'assicurazione non rappresenta una richiesta di offerta, bensì una richiesta formale della persona proponente a GMA SA di voler sottoscrivere un contratto d'assicurazione di protezione giuridica. Ai sensi dell'articolo 1 della Legge sul contratto d'assicurazione (LCA), la persona proponente è vincolata a GMA SA per 14 giorni.
2. La persona proponente può revocare la proposta al massimo entro 14 giorni dalla sua domanda di sottoscrizione del contratto. Tale termine è rispettato, se la persona proponente consegna la revoca all'assicuratore conformemente all'articolo 32 delle CGA o consegna il suo avviso di revoca alla posta entro l'ultimo giorno del termine.
3. Se la proposta proviene dall'assicuratore, la persona contraente può revocare il contratto al massimo entro 14 giorni da quando ha accettato la proposta.
4. La proposta d'assicurazione deve essere trasmessa tramite il modulo messo a disposizione dall'assicuratore. La persona proponente deve rispondere a tutte le domande che figurano nella proposta d'assicurazione in modo completo e conforme al vero. È altresì responsabile della conformità delle risposte fornite da terzi o da un intermediario. La persona proponente deve autorizzare i terzi a mettere a disposizione di GMA SA tutti i documenti e le informazioni che risulteranno necessari.
5. L'assicuratore si riserva il diritto di accettare o di rifiutare la proposta d'assicurazione o di applicare un sovrappremio, senza obbligo di motivare la decisione presa.
6. La proposta di assicurazione di una persona che non ha l'esercizio dei diritti civili deve essere stata ratificata dal suo rappresentante legale.

Art. 5 Inizio della copertura d'assicurazione

1. Il contratto d'assicurazione è stipulato nel momento in cui GMA SA comunica alla persona proponente di avere accettato la proposta.
2. La copertura d'assicurazione inizia a decorrere dalla data di entrata in vigore indicata nella polizza d'assicurazione.

Art. 6 Reticenza

1. Se, quando ha risposto alle domande, la persona contraente o il suo rappresentante legale ha omesso di dichiarare o ha dichiarato inesattamente un fatto importante di cui era o avrebbe dovuto essere a conoscenza (reticenza), GMA SA ha il diritto di recedere dal contratto, entro quattro settimane dal momento in cui è venuto a conoscenza della reticenza.
2. La disdetta produce i propri effetti non appena è recapitata alla persona contraente.

Art. 7 Periodo d'assicurazione

1. Il periodo d'assicurazione corrisponde ad un anno civile, ossia dal 1° gennaio al 31 dicembre.
2. In caso di sottoscrizione del contratto durante un anno civile, il primo periodo d'assicurazione va dalla data d'entrata in vigore confermata nella polizza d'assicurazione, fino alla fine dell'anno civile.

Art. 8 Durata e disdetta del contratto d'assicurazione

1. Il contratto concluso non prevede limiti di durata.
2. Il contratto può essere disdetto individualmente dalla persona assicurata o da GMA SA per la data di scadenza contrattuale indicata nella polizza e successivamente ogni anno, con preavviso di tre mesi in ogni caso.
3. Dopo ogni sinistro per il quale è corrisposta una prestazione, la persona assicurata ha il diritto di disdire il contratto entro 10 giorni dalla data in cui viene a conoscenza dell'avvenuto pagamento del sinistro. Se la persona assicurata disdice il contratto, l'assicurazione cessa di produrre i propri effetti quattordici giorni dopo la notifica della disdetta a GMA SA. Se la disdetta del contratto da parte della persona assicurata avviene nell'anno successivo a quello in cui la copertura assicurativa è entrata in vigore, GMA SA mantiene il diritto al premio per il periodo d'assicurazione in corso. Negli altri casi, il premio deve essere corrisposto esclusivamente fino alla fine del contratto.
4. Dopo ogni sinistro per il quale è corrisposta una prestazione, GMA SA ha il diritto di disdire il contratto al più tardi al pagamento dell'indennità. Se GMA SA disdice il contratto, l'assicurazione cessa di produrre i propri effetti quattordici giorni dopo la notifica della disdetta da parte di GMA SA.
5. GMA SA si riserva il diritto di recedere dal contratto in caso di frode o tentata frode.
6. La violazione del dovere di informare da parte di GMA SA prima della sottoscrizione dà diritto alla persona contraente di recedere dal contratto entro quattro settimane dalla data in cui viene a conoscenza della violazione e delle informazioni, ma non oltre due anni dopo tale violazione. La disdetta produce i propri effetti non appena la suddetta giunge a GMA SA. Il premio deve essere corrisposto esclusivamente fino alla fine del contratto nel caso in cui quest'ultimo venga disdetto o estinto prima della sua scadenza.
7. La persona contraente o l'assicuratore può disdire il contratto in qualunque momento, in caso di giusti motivi ai sensi dell'articolo 35b LCA.
8. La persona contraente deve notificare la disdetta conformemente all'articolo 32 delle presenti CGA.

Art. 9 Fine del contratto d'assicurazione

Il contratto d'assicurazione e il diritto alle prestazioni cessano:

- a. con il decesso della persona assicurata;
- b. con la disdetta del contratto d'assicurazione;
- c. con il recesso di GMA SA dal contratto d'assicurazione a seguito del mancato pagamento dei premi, conformemente all'articolo 21 cpv. 1 LCA;
- d. in caso di trasferimento del domicilio all'estero, alla data di partenza notificata al comune o al cantone.

Art. 10 Rischi coperti

La polizza d'assicurazione precisa la variante di copertura scelta fra le seguenti opzioni:

- a. assicurazione «Protezione giuridica privata» (Legis^{priva});
- b. assicurazione «Protezione giuridica mobilità» (Legis^{strada});
- c. assicurazione combinata «Protezione giuridica privata» e «Protezione giuridica mobilità» (Legis^{duo}).

Art. 10a Tipo d'assicurazione

1. La copertura d'assicurazione rientra nella categoria di assicurazioni di danni.
2. Le coperture d'assicurazione che rientrano nella categoria di assicurazioni di danni rimborsano i costi del danno effettivo subito, fino a concorrenza delle prestazioni assicurate.

Art. 11 Modifica del rischio coperto

1. La proposta d'aumento del rischio coperto (ad esempio la sottoscrizione dell'assicurazione protezione giuridica combinata privata e mobilità in sostituzione dell'assicurazione protezione giuridica privata) è considerata come una proposta di sottoscrizione di un nuovo contratto ai sensi degli articoli 4 a 8 delle presenti condizioni generali.
2. GMA SA si riserva il diritto di accettare o di rifiutare tale proposta alle condizioni e nei termini stabiliti dall'articolo 1 LCA e dall'articolo 4 delle presenti condizioni generali d'assicurazione.
Nella fattispecie, si applicano nuovamente le condizioni del contratto in materia di termine di disdetta e di termine d'attesa e non sussistono diritti acquisiti ripresi dal vecchio contratto.
3. Una riduzione della copertura è possibile solo dopo la scadenza del periodo contrattuale minimo, con un preavviso di un mese per la fine di un anno civile. Se la richiesta di riduzione della copertura è fatta a seguito di un aumento del premio, è richiesto solo un mese di preavviso per la fine di un anno civile.

Art. 12 Prestazioni assicurate

1. Prestazioni interne

In un caso giuridico coperto, la persona assicurata può avvalersi della consulenza di specialisti di Dextra, essenzialmente avvocati e giuristi che difendono i suoi interessi. I costi dei dossier interni sono a carico di GMA SA.

2. Prestazioni esterne

GMA SA garantisce alla persona assicurata, fino a concorrenza dell'importo di Fr. 250'000.– per ogni caso giuridico coperto, l'assunzione dei seguenti costi (lista esaustiva):

- a. i costi e gli onorari d'avvocato prima del processo o nel corso della procedura;
- b. i costi di perizia ordinati da Dextra o dal tribunale;
- c. le tasse di giustizia e altre spese giudiziarie poste a carico della persona assicurata, ad eccezione delle tasse e di altre spese derivanti dalla prima decisione penale (ad esempio decreto d'accusa, decisione di multa,

ecc.) o amministrativa (ad esempio avvertimento, revoca della patente, provvedimenti di educazione stradale, ecc.) in materia di circolazione stradale;

- d. le indennità giudiziarie da corrispondere alla controparte e a carico della persona assicurata. Le ripetibili o indennità giudiziarie riconosciute alla persona assicurata spettano a Dextra;
- e. le spese di trasferta della persona assicurata in caso di citazione in giustizia in qualità di imputato o parte al processo, nella misura in cui tali spese (tariffa trasporti pubblici) siano superiori a Fr. 100.–. In caso di trasferta all'estero, le spese sono rimborsate, se vi è stato precedentemente un accordo con Dextra;
- f. le spese di riscossione delle indennità concesse alla persona assicurata fino al conseguimento di un attestato di carenza beni provvisorio o definitivo o alla comminatoria di fallimento. Se il procedimento di riscossione di cui sopra ha luogo al di fuori della Svizzera, tali spese di riscossione sono coperte fino a concorrenza di un importo massimo di Fr. 5'000.–;
- g. le spese di una mediazione d'intesa con Dextra;
- h. la cauzione penale per evitare una detenzione preventiva. Questa prestazione viene concessa esclusivamente a titolo di anticipo e deve essere rimborsata a Dextra.

Qualora dallo stesso sinistro, o da fatti ad esso riconducibili, risultassero diversi litigi, questi sono considerati in maniera globale come un unico caso giuridico.

Art. 13 Limitazioni delle prestazioni

1. Valore litigioso minimo

I casi dal valore litigioso inferiore a Fr. 2'000.– danno diritto esclusivamente ad un intervento del servizio giuridico di Dextra (prestazioni interne).

Se il valore litigioso è inferiore a Fr. 2'000.–, l'assicurazione delle prestazioni esterne è comunque garantita se la persona assicurata è perseguita in giudizio e se la controparte è rappresentata da un avvocato.

2. Consultazione giuridica

- a. Dextra concede alla persona assicurata una consultazione giuridica negli ambiti definiti all'art. 17 cpv. 2 let. k.
- b. La consultazione giuridica è in pratica gestita all'interno, da un avvocato di Dextra o dal personale del centro di assistenza ai clienti di Dextra. Se necessario, la prestazione è fornita da un avvocato indipendente (avvocato esterno), un notaio o un mediatore.
- c. In tutti i casi, le spese di consultazione giuridica a carico dell'assicurazione non superano l'importo di Fr. 500.– per litigio (IVA inclusa).
- d. È accordata una sola consultazione giuridica per un solo ed unico avvenimento.

3. Diritto di vicinato

Per le controversie disciplinate dal diritto di vicinato, definite all'art. 17 cpv. 2 let. j, le prestazioni esterne sono limitate a un importo massimo di Fr. 10'000.– per caso giuridico.

Art. 14 Prestazioni e spese non assicurate

Le prestazioni e le spese sottostanti non sono assicurate:

- a. il danno subito dalla persona assicurata;
- b. le spese che incombono a terzi o a un'assicurazione di responsabilità civile;
- c. le multe a cui la persona assicurata viene condannata;
- d. le spese per le analisi del sangue o analisi analoghe e per esami medici richiesti nell'ambito di un'istruzione penale o da un'autorità amministrativa;

- e. le spese dei corsi di educazione stradale imposti da un'autorità amministrativa o giudiziaria.

Art. 15 Validità territoriale

In funzione del rischio (litigio) assicurato (cfr. i seguenti art. 17.2 e 19.2), le varie validità territoriali sono:

1. Svizzera

La copertura Svizzera è valida per i casi giuridici che si verificano in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein, a condizione che il foro giuridico competente sia ubicato nei territori di cui sopra, che il diritto dei suddetti paesi sia applicabile e che la sentenza benefici dell'esecutività nei territori di cui sopra.

2. Europa

La copertura Europa è valida per i casi giuridici che si verificano in Svizzera, nel resto dell'Europa (delimitato ad Est dagli Urali) e negli Stati confinanti con il Mediterraneo, a condizione che il foro giuridico competente per la difesa degli interessi della persona assicurata sia ubicato nei territori di cui sopra, che il diritto comunitario europeo o nazionale di uno dei suddetti paesi sia applicabile e che la sentenza benefici dell'esecutività nei territori di cui sopra.

3. UE/SEE

La copertura UE/SEE è valida per i casi giuridici che si verificano in Svizzera o nell'area UE/SEE, a condizione che il foro giuridico competente sia ubicato nei territori di cui sopra, che il diritto dei suddetti paesi sia applicabile e che la sentenza benefici dell'esecutività nei territori di cui sopra.

Art. 16 Validità temporale

1. Data determinante

Sono coperti i casi giuridici risultanti da un avvenimento insorto durante il periodo di validità del contratto.

È considerata come data determinante:

- nel diritto della responsabilità civile: la data dell'avvenimento che ha provocato il danno;
- nel diritto delle assicurazioni: la data dell'avvenimento che fa nascere il diritto a una prestazione; in materia d'invalidità, l'avvenimento che fa nascere il diritto è la data dell'incidente o, per i casi di malattia, la data dell'inizio dell'incapacità al lavoro; quando non si tratta di una richiesta di prestazione, si considera la data della notifica, da parte dell'istituto assicurativo, della decisione contestata;
- nel diritto dei contratti: la data della violazione pretesa o effettiva di un obbligo contrattuale;
- nel diritto penale e penale-amministrativo: la data della violazione pretesa o effettiva di una disposizione legale;
- nel diritto delle persone, della famiglia, delle successioni: la data dell'avvenimento che fa nascere l'esigenza di informazioni;
- nel diritto di vicinato, di proprietà e altri diritti reali: il momento in cui la persona assicurata o un terzo non adempie a un obbligo, la cui violazione necessita la tutela degli interessi della persona assicurata;
- nel diritto della proprietà per piani: la data della violazione presunta o effettiva di una disposizione legale o regolamentare.

2. Termine di attesa

Per ogni litigio risultante da contratti, dal diritto di proprietà e di vicinato, nonché per le consultazioni giuridiche ai sensi dell'art. 17 cpv. 2 lett. k delle presenti condizioni generali d'assicurazione, la copertura assicurativa comincia a decorrere tre mesi dopo la data d'entrata in vigore dell'assicurazione.

Il termine di attesa non si applica tuttavia nel caso in cui

sia stata stipulata in precedenza un'assicurazione per lo stesso rischio presso un altro assicuratore e non ci sia stata interruzione di copertura.

B. Protezione giuridica privata

Art. 17 Qualità e rischi assicurati

1. Qualità assicurate

La persona assicurata è coperta in qualità di:

- persona privata;
- persona che esercita un'attività professionale dipendente;
- inquilino;
- parte a un contratto definita dall'art. 17. cpv. 2 lett. f;
- pedone, ciclista, cavaliere;
- persona che pratica un'attività sportiva;
- passaggero di mezzi di trasporto di qualsiasi natura;
- proprietario di un bene immobiliare in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein in cui abita e il cui valore assicurativo non superi i 2 milioni di franchi.

2. Rischi assicurati

a. Diritto della responsabilità civile

Litigi della persona assicurata risultanti dalle sue pretese legali per il risarcimento del danno subito al momento di un avvenimento di cui un terzo risponde extracontrattualmente in virtù di una responsabilità delittuale o oggettiva. Pretese della persona assicurata che derivano dalla legge federale concernente le vittime di reati.

La copertura Europa è valida per i presenti litigi.

b. Diritto delle assicurazioni

Litigi dell'assicurato risultanti dai suoi rapporti con istituti assicurativi, casse malati e casse di pensioni, privati o pubblici, siti in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein.

La copertura Svizzera è valida per i presenti litigi.

c. Contratto di lavoro

Controversie della persona assicurata con il suo datore di lavoro in base ad un contratto di lavoro o un rapporto di servizio.

In questi casi, la copertura assicurativa è concessa per intero fino a concorrenza di un valore litigioso di Fr. 100'000.– Oltre tale importo, l'assunzione è stabilita proporzionalmente in funzione del rapporto tra la somma di Fr. 100'000.– e l'ammontare del valore litigioso. Quest'ultimo corrisponde al totale del credito e non ad eventuali richieste parziali. In caso di domanda riconvenzionale, i valori litigiosi vengono sommati fra loro.

La copertura Svizzera è valida per i presenti litigi.

d. Contratto di locazione

Litigi della persona assicurata con il locatore dell'appartamento o della casa che abita.

La copertura Svizzera è valida per i presenti litigi.

e. Contratto di appalto

Litigi della persona assicurata risultanti da un contratto di appalto riguardo all'immobile assicurato, purché i lavori non richiedano alcuna autorizzazione ufficiale. Nei casi in cui sia necessaria un'autorizzazione ufficiale, tali litigi sono coperti esclusivamente se il costo totale di costruzione è inferiore a Fr. 100'000.–.

La copertura UE/SEE è valida per i presenti litigi.

f. Diritto dei consumatori e dei contratti

Litigi della persona assicurata che risultano dai seguenti contratti (lista esaustiva):

- compravendita (E-commerce incluso),
- permuta,

- donazione,
- locazione,
- affitto,
- leasing,
- prestito,
- deposito,
- trasporto,
- credito al consumo,
- carta di credito,
- mandato propriamente detto,
- abbonamento,
- telecomunicazioni,
- viaggio a prezzo forfetario.

La copertura UE/SEE è valida per i presenti litigi.

g. Diritto penale e amministrativo

Difesa della persona assicurata in procedure penali o penali-amministrative dirette contro la stessa per infrazioni commesse per negligenza. Se la persona assicurata viene accusata di un'infrazione intenzionale, Dexa non fornisce alcuna prestazione fino a che, con sentenza definitiva, non sia pronunciata un'assoluzione totale della persona assicurata, nel merito, o riconosciuta l'esistenza di una situazione di legittima difesa o di uno stato di necessità. L'assoluzione non deve essere legata ad un risarcimento al querelante o all'assunzione totale o parziale delle spese di giudizio da parte della persona assicurata. Intervento della persona assicurata in qualità di parte civile per fare valere i propri diritti, qualora tale intervento fosse necessario per il risarcimento danni in seguito a lesioni corporali.

La copertura Europa è valida per i presenti litigi.

h. Diritto della proprietà e altri diritti reali

Litigi della persona assicurata in qualità di proprietario d'immobile che riguardano (lista esaustiva):

- le servitù e gli oneri fondiari iscritti nel registro fondiario a carico o a favore dell'immobile assicurato,
- i litigi risultanti dai confini della proprietà dell'immobile assicurato.

La copertura Svizzera è valida per i presenti litigi.

i. Diritto della proprietà per piani

Litigi della persona assicurata con altri proprietari della proprietà per piani riguardanti la ripartizione delle spese comuni tra comproprietari.

La copertura Svizzera è valida per i presenti litigi.

j. Diritto di vicinato

Litigi della persona assicurata in materia di diritto civile con i vicini diretti, in qualità di proprietario d'immobile, nei seguenti casi (lista esaustiva):

- ostruzione della visuale;
- manutenzione e distanza dai confini di piante e siepi.
- emissioni (rumore, fumo, odori).

Nell'ambito sopra citato, le prestazioni sono limitate a Fr. 10'000.– per litigio (cfr. art. 13 cpv. 3).

La copertura Svizzera è valida per i presenti litigi.

k. Diritto delle persone, della famiglia (diritto del divorzio escluso), delle successioni

Negli ambiti di cui sopra, le prestazioni sono limitate a Fr. 500.– per litigio, IVA inclusa (cfr. art. 13 cpv. 2 lett. c).

La copertura Svizzera è valida per i presenti litigi.

territorio, le controversie che coinvolgono un'associazione.

2. La copertura non è valida nei seguenti casi:

a. I litigi della persona assicurata in qualità di:

- datore di lavoro;
- sportivo professionista;
- paziente o beneficiario di cure mediche e terapeutiche;
- acquirente, proprietario, comodatario, locatario, detentore o conducente di veicoli a motore;
- proprietario, comproprietario o proprietario per piani di un immobile commerciale;
- locatore o sublocatore.

b. I litigi della persona assicurata correlati a:

- l'acquisto/l'alienazione (vendita e permuta, donazione, ecc.) di immobili e terreni;
- un pegno immobiliare;
- un contratto relativo al godimento a tempo parziale di beni immobili (time-sharing);
- la pianificazione, la costruzione, la trasformazione o la demolizione di edifici ed altre opere dell'assicurato a partire da un costo totale di costruzione di Fr. 100'000.–, se è necessaria un'autorizzazione ufficiale;
- la realizzazione forzata di un immobile di cui l'assicurato è proprietario o l'ipoteca a favore di artigiani ed imprenditori;
- l'acquisto/l'alienazione (compravendita, permuta, donazione, ecc.) di cartevalori;
- l'investimento e la gestione di cartevalori o altri beni;
- le operazioni a termine e gli affari speculativi;
- qualsiasi attività lucrativa indipendente della persona assicurata, quali ad esempio:
 - un'attività professionale principale o accessoria in cui l'assicurato assume per intero o parzialmente il rischio dell'imprenditore, senza trovarsi in una posizione di subordinazione;
 - una funzione d'amministratore o di socio in una società semplice, commerciale o cooperativa;
- la riscossione di crediti;
- crediti ceduti alla persona assicurata;
- l'utilizzo di software e ricettività di siti Internet.

c. I litigi tra comproprietari o proprietari per piani e le controversie con l'amministratore di una comproprietà o di una proprietà per piani, purché i suddetti litigi non siano espressamente assicurati ai sensi dell'art. 17 cpv. 2 lett. i.

d. La difesa da pretese in responsabilità civile avanzate da terzi nei confronti della persona assicurata.

e. I litigi della persona assicurata con persone con cui condivide l'economia domestica e che hanno sottoscritto una polizza di protezione giuridica con GMA SA.

f. I litigi della persona assicurata che derivano dalla sua partecipazione a risse e taferugli.

g. I litigi della persona assicurata ricollegabili alla perpe-trazione intenzionale, nonché ai tentativi di crimini e altri delitti.

h. I litigi risultanti da eventi bellici, sommosse, scioperi, disordini di qualsiasi natura, terremoti, eruzioni vulcaniche, altre catastrofi naturali, nonché cambiamenti della struttura nucleare dell'atomo.

i. Le procedure dinanzi a giurisdizioni internazionali o sopranazionali.

j. Le controversie con gli avvocati, periti, ecc. incaricati per un caso coperto da Dexa, nonché i litigi con Dexa.

Art. 18 Rischi non assicurati ed esclusioni generali

1. I casi non menzionati dall'articolo 17 cpv. 2, ad esempio il diritto fiscale ed altre contribuzioni pubbliche, il diritto della proprietà intellettuale, il diritto delle società, il diritto pubblico in materia di costruzioni, della pianificazione del

3. Sono altresì da considerare rischi non assicurati le richieste di risarcimento, i procedimenti penali o penali-amministrativi e qualsiasi procedimento simile correlato alle succitate esclusioni.

C. Protezione giuridica mobilità

Art. 19 Qualità e rischi assicurati

1. Qualità assicurate

La persona assicurata è coperta in qualità di:

- a. conducente autorizzato di qualsiasi veicolo che si trova nella circolazione stradale;
- b. proprietario, detentore dei veicoli destinati alla circolazione stradale (fino a un massimo di 3,5 t di peso totale e di 3,2 m di altezza), immatricolati a suo nome in Svizzera o nel Liechtenstein, compresi il veicolo di servizio messo a disposizione della persona assicurata;
- c. parte a un contratto ai sensi dell'art. 19 cpv. 2 lett. d;
- d. pedone, ciclista, cavaliere su strada pubblica, compresa l'utilizzazione di pattini, skateboard, monopattino;
- e. passeggero dei mezzi di trasporto di qualsiasi natura;
- f. detentore di una patente per veicoli destinati alla circolazione stradale.

2. Rischi assicurati

a. Diritto penale e amministrativo

Difesa della persona assicurata nelle procedure penali o penali-amministrative dirette contro lei stessa per infrazioni alla legge nell'ambito delle disposizioni sulla circolazione stradale commesse per negligenza. Se la persona assicurata viene accusata di un'infrazione intenzionale, Dexa non fornisce alcuna prestazione fino alla pronuncia con sentenza definitiva del riconoscimento di una situazione di legittima difesa o di uno stato di necessità.

Intervento della persona assicurata in qualità di parte civile per fare valere i propri diritti in seguito ad un infortunio coperto dalla presente assicurazione.

Procedure amministrative in merito alla patente, al libretto di circolazione dei veicoli immatricolati a nome della persona assicurata e alla tassazione di questi ultimi.

La copertura Europa è valida per i presenti litigi.

b. Diritto della responsabilità civile

Litigi della persona assicurata risultanti dalle sue pretese legali in risarcimento del danno subito al momento di un avvenimento di cui un terzo risponde extracontrattualmente in virtù di una responsabilità delittuale o oggettiva. Pretese della persona assicurata che derivano dalla legge federale concernente le vittime di reati.

La copertura Europa è valida per i presenti litigi.

c. Diritto delle assicurazioni

Litigi della persona assicurata risultanti dai suoi rapporti con istituti assicurativi, casse malati e casse di pensioni, privati o pubblici, siti in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein.

La copertura Svizzera è valida per i presenti litigi.

d. Diritto dei contratti in materia di veicoli

Litigi risultanti da uno dei seguenti contratti, sottoscritti dalla persona assicurata (lista esaustiva):

- compravendita, leasing,
- riparazione/manutenzione,
- noleggio, prestito,

di veicoli immatricolati a nome della persona assicurata.

La copertura Svizzera è valida per i presenti litigi.

Art. 20 Rischi non assicurati ed esclusioni generali

1. Diritto dei contratti

I litigi risultanti da contratti sottoscritti dalla persona assicurata a titolo commerciale.

2. Esclusioni generali

- a. La difesa della persona assicurata in qualità di conducente di un veicolo allorché non in possesso, al momento del sinistro, della necessaria patente.
- b. La difesa da pretese in responsabilità civile avanzate da terzi nei confronti della persona assicurata.
- c. I litigi riconducibili ad una partecipazione attiva a gare e competizioni di qualsiasi natura con un veicolo a motore.
- d. I litigi della persona assicurata con persone con cui condivide l'economia domestica e che hanno sottoscritto una polizza di protezione giuridica con GMA SA.
- e. I litigi della persona assicurata che derivano dalla sua partecipazione a risse e tafferugli.
- f. I litigi della persona assicurata riconducibili alla perpetrazione intenzionale, nonché ai tentativi di crimini e altri delitti.
- g. I litigi risultanti da eventi bellici, sommosse, scioperi, disordini di qualsiasi natura, terremoti, eruzioni vulcaniche, altre catastrofi naturali, nonché cambiamenti della struttura nucleare dell'atomo.
- h. Le procedure dinanzi a giurisdizioni internazionali o sopranazionali.
- i. Le controversie con gli avvocati, periti, ecc. incaricati per un caso coperto da Dexa, nonché i litigi con Dexa.

3. Sono altresì da considerare rischi non assicurati le richieste di risarcimento, i procedimenti penali o penali-amministrativi e qualsiasi procedimento analogo correlato alle succitate esclusioni.

D. Premi

Art. 21 Pagamento dei premi

1. I premi sono pagabili in Svizzera annualmente in anticipo; possono altresì essere corrisposti a rate semestrali, trimestrali o mensili, previo accordo speciale e con un supplemento per spese.
2. Il periodo di fatturazione dei premi è di almeno un mese, ad eccezione del mese durante il quale l'adesione inizia o finisce.

Art. 22 Bonus famiglia

1. Se almeno una persona maggiorenne condivide l'economia domestica con una delle persone di cui sotto:
 - coniuge, concubino;
 - figli propri oppure del coniuge o concubino, minori di 25 anni;
 - genitori propri oppure del coniuge, concubino;un bonus famiglia può essere accordato sul premio delle corrispondenti assicurazioni delle persone menzionate nella lista di cui sopra.
2. L'ammontare del bonus famiglia è precisato nella polizza d'assicurazione.

Art. 23 Diffida, intimazione ed esecuzione

1. Se il premio non viene pagato entro il termine, al debitore viene trasmesso per iscritto e a sue spese un'intimazione ad adempiere ai propri impegni di pagamento entro

14 giorni a decorrere dalla data d'invio della diffida, con avvertimento delle conseguenze della suddetta inadempienza. Se l'intimazione non produce effetti, l'obbligo di prestazioni si estingue alla scadenza di tale termine.

2. La persona assicurata non può avanzare pretese di prestazioni per litigi correlati ad avvenimenti che si verificano nel periodo di sospensione dell'obbligo alle prestazioni, anche qualora il premio fosse successivamente corrisposto.
3. Se GMA SA procede con l'esecuzione nei confronti della persona assicurata, quest'ultima può essere costretta a farsi carico delle spese amministrative derivanti.

Art. 24 Modifica delle tariffe dei premi

1. GMA SA può adeguare le tariffe dei premi in funzione dell'evoluzione dei costi, dei sinistri e delle modifiche di legge.
2. GMA SA deve comunicare alla persona assicurata le nuove disposizioni del contratto almeno 30 giorni prima della scadenza del periodo d'assicurazione. In tale caso, la persona assicurata ha il diritto di recedere dal contratto di assicurazione oggetto della modifica, con effetto a decorrere dalla fine del periodo di assicurazione in corso, entro 30 giorni dal momento in cui riceve la polizza o la notifica dell'aumento. La disdetta deve pervenire a GMA SA entro 30 giorni.
3. Se la persona assicurata non disdice il contratto, le modifiche apportate ai premi saranno considerate accettate.
4. Un cambiamento di tariffa conseguente alla perdita del diritto a riduzioni o al bonus famiglia (comprese le modifiche derivanti dal termine di un'azione promozionale limitata nel tempo) non è considerato un cambiamento del premio ai sensi delle disposizioni di cui sopra. Il diritto di disdetta non è applicabile in questo caso.
5. In caso di riduzione delle tariffe dei premi (cfr. cpv. 1 soprastante), la persona contraente non gode di alcun diritto di disdetta.

E. Sinistri

Art. 25 Notifica di sinistro

1. La persona assicurata deve comunicare a Dextra, nel più breve tempo possibile a decorrere dal momento in cui avviene, o dalla constatazione dello stesso, qualsiasi sinistro le cui conseguenze prevedibili possono concernere l'assicurazione.

Per posta: Dextra Protezione giuridica SA
Hohlstrasse 556
8048 Zurigo

Per telefono: 044 296 64 62

Via Internet: www.dextra.ch/legis

Art. 26 Gestione dei casi di sinistro

1. Dextra informa la persona assicurata dei propri diritti e avvia tutte le procedure necessarie per proteggere i suoi interessi.
2. La persona assicurata fornisce a Dextra le informazioni e le procure necessarie; consegnerà inoltre allo stesso tutti i documenti e le prove di cui dispone.
3. La persona assicurata si astiene da qualsiasi intervento, allorché le trattative sono condotte da Dextra. La persona assicurata non conferisce alcun mandato, non dà avvio ad alcun procedimento giudiziario e non conclude alcun tipo di transazione che comportino obblighi per Dextra e/o GMA SA.

4. La persona assicurata autorizza Dextra ad entrare in possesso e ad utilizzare tutti i dati necessari a dirimere i casi legali in questione. Dextra è altresì abilitata a raccogliere presso terzi qualsiasi informazione utile e a consultare la documentazione ufficiale. Se necessario ai fini del caso giuridico, i dati possono essere trasmessi a terzi coinvolti nel caso o trasmessi all'estero. Dextra si impegna ad utilizzare le informazioni ottenute nel rispetto della privacy.
5. Fatto salvo espresso divieto da parte della persona assicurata, quest'ultima autorizza Dextra a servirsi dei mezzi elettronici di comunicazione, quali e-mail, fax, ecc., per comunicare con lei o con altre parti. Il rischio che terzi non autorizzati accedano ai dati trasmessi non può essere escluso. Dextra declina qualsiasi responsabilità in merito alla possibilità che terzi non autorizzati ricevano, leggano, trasmettano, copino, utilizzino o manipolino informazioni e dati di qualsiasi natura trasmessi per via elettronica.

Art. 27 Libera scelta dell'avvocato

1. L'assicurato, su richiesta, e previa autorizzazione da parte di Dextra, può liberamente scegliere e conferire mandato ad un avvocato territorialmente competente, nel caso in cui sia necessario l'intervento di un avvocato per difendere i suoi interessi.
2. La persona assicurata può scegliere liberamente un avvocato territorialmente competente allorché, in vista di un procedimento giudiziario o amministrativo o in caso di conflitto di interessi, sia necessario ricorrere ad un mandatario esterno.
3. La persona assicurata libera il proprio avvocato dal segreto professionale nei confronti di Dextra. La persona assicurata lo autorizza, inoltre, ad informare Dextra in merito agli sviluppi del caso e a mettere a sua disposizione i principali atti del fascicolo.
4. La persona assicurata e Dextra agiscono di comune accordo, nel caso in cui sia necessario nominare un avvocato all'estero.

Art. 28 Procedura in caso di divergenza di opinioni

1. In caso di divergenza di opinioni tra la persona assicurata e Dextra in merito alle misure da intraprendere per dirimere un caso giuridico coperto, Dextra motiva immediatamente per iscritto la soluzione da lui proposta e informa la persona assicurata del suo diritto di ricorrere, entro 30 giorni, al procedimento arbitrale seguente.
2. La persona assicurata e Dextra designano di comune accordo un arbitro unico. Quest'ultimo decide tramite un solo scambio epistolare e imputa alle parti le spese della procedura in funzione del risultato. In caso di disaccordo riguardo la designazione dell'arbitro unico, si applicano le disposizioni del Codice di procedura civile svizzero.

Art. 29 Violazione degli obblighi in caso di sinistro

1. Se la persona assicurata viola in modo colposo i propri obblighi contrattuali o legali, Dextra e GMA SA hanno il diritto di ridurre le proprie prestazioni nella misura in cui la violazione ha comportato spese supplementari.
2. Se un mandato è attribuito a un avvocato, se un'azione legale è avviata o se un ricorso è inoltrato prima che Dextra conceda la propria autorizzazione, quest'ultima può rifiutare totalmente l'assunzione delle spese.

F. Altre disposizioni

Art. 30 Doveri d'informare

1. Qualsiasi cambiamento (cognome, nome, sesso, stato civile, domicilio, conto bancario o postale, e-mail, telefono) e i decessi devono essere immediatamente notificati a GMA SA. In caso di mancata notifica o di notifica tardiva, i danni e le spese a carico di Dextra e GMA SA possono essere reclamati alla persona assicurata.
2. Qualsiasi cambiamento che possa incidere sulle condizioni per l'attribuzione di un bonus famiglia, secondo la definizione di cui all'art. 22, deve essere subito comunicato a GMA SA.
3. Se la persona assicurata trasferisce il proprio domicilio o la propria residenza fuori della Svizzera, deve darne comunicazione a GMA SA e deve fornirgli un attestato di partenza rilasciato dal comune o dal cantone. Su tale base, l'assicuratore disdice il contratto d'assicurazione con effetto dalla data di partenza indicata nell'attestato.
4. Se la persona assicurata omette di comunicare la sua partenza o la comunica entro un termine inappropriato, GMA SA può disdire il contratto con effetto retroattivo dalla data effettiva di partenza notificata al comune o al cantone. In questo caso, le eventuali prestazioni indebite saranno reclamate alla persona assicurata.

Art. 31 Adeguamento delle condizioni d'assicurazione

1. L'assicuratore ha il diritto di adeguare le condizioni di assicurazione, se vi sono modifiche negli ambiti sotto elencati:
 - a. ampliamento del monopolio accordato agli avvocati;
 - b. modifica delle basi legali che regolano la protezione giuridica;
 - c. modifica della legislazione svizzera;
 - d. adeguamenti del catalogo o della portata delle prestazioni definiti nelle condizioni d'assicurazione.
2. Le nuove condizioni si applicano se sono adeguate secondo il primo capoverso, nel corso del periodo di validità dell'assicurazione.
3. GMA SA comunica per iscritto alla persona assicurata tali adeguamenti. Le persone assicurate non disposte ad accettare tali adeguamenti possono disdire il contratto in questione, con effetto a decorrere dalla data dell'adeguamento. Se, entro 30 giorni, GMA SA non riceve alcuna disdetta, le nuove disposizioni sono accettate.
4. Fanno eccezione al diritto di disdetta gli adeguamenti delle condizioni d'assicurazione che non comportano alcun svantaggio per la persona assicurata.

Art. 32 Comunicazioni

1. Le comunicazioni della persona contraente e di GMA SA o di Dextra possono essere validamente trasmesse per iscritto o tramite qualsiasi altra forma che consenta la prova per testo (posta elettronica o altri mezzi di comunicazione messi a disposizione da GMA SA o da Dextra), eccetto tramite i social network.
2. Le comunicazioni della persona contraente relative alla gestione dei contratti devono essere trasmesse agli indirizzi di posta o elettronici che figurano nei documenti ufficiali dell'assicuratore.
3. Le comunicazioni della persona contraente in relazione al trattamento di un sinistro devono essere trasmesse agli indirizzi di posta o elettronici che figurano nei documenti ufficiali di Dextra.
4. Le comunicazioni di GMA SA sono validamente inviate all'ultimo indirizzo di posta o elettronico indicato a GMA SA dalla persona contraente.

5. Le comunicazioni di Dextra sono validamente inviate all'ultimo indirizzo di posta o elettronico indicato a Dextra dalla persona contraente.
6. L'assicuratore può altresì effettuare comunicazioni generali alle persone contraenti attraverso il giornale destinato agli assicurati. La persona contraente che non desidera più ricevere tale giornale può richiederlo all'assicuratore, nel qual caso l'assicuratore è esonerato da qualsiasi responsabilità in merito alle comunicazioni pubblicate.

Art. 33 Giurisdizione e foro competente

Il foro giuridico di un'eventuale azione giudiziaria intentata contro GMA SA è quello del domicilio svizzero della persona assicurata o quello della sede dell'assicuratore.

Art. 34 Diritto applicabile

Alla presente assicurazione si applicano le disposizioni della Legge Federale sul Contratto d'Assicurazione del 2 aprile 1908 (LCA), le disposizioni della Legge federale sulla sorveglianza delle imprese d'assicurazione del 17 dicembre 2004 e quelle della relativa Ordinanza del 9 novembre 2005 sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione private.

Art. 35 Protezione dei dati

Dati personali e sensibili

Il Groupe Mutuel Services SA tratta i dati personali e i dati sensibili della persona contraente, della persona assicurata, e, se del caso, dei loro aventi diritto o delle persone vincolate (qui di seguito: le persone interessate) per conto di Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA, l'assicuratore. Il trattamento dei dati è delegato al Groupe Mutuel Services SA (qui di seguito: Groupe Mutuel), una società della Groupe Mutuel Holding SA. Queste due società sono soggette alla Legge federale sulla protezione dei dati (LPD). Con l'espressione «dati personali» si intendono le informazioni relative alle persone interessate, che includono tra l'altro quelle relative alla gestione del contratto d'assicurazione. Con l'espressione «dati sensibili» si intendono le informazioni relative allo stato di salute delle persone assicurate e ai sinistri. Sono soprattutto trattate le seguenti categorie di dati personali e sensibili: i dati personali dichiarativi delle persone interessate, vale a dire quei dati che il Groupe Mutuel può raccogliere dalle persone interessate in caso di interesse manifesto e/o in caso di sottoscrizione di prodotti e servizi che fornisce o distribuisce; i dati relativi alle prestazioni fornite o al funzionamento di prodotti e servizi o al loro utilizzo, in particolare quando si utilizzano i servizi online; i dati provenienti da terzi, da altri servizi o da informazioni pubbliche quando ciò è autorizzato.

Base giuridica

Il Groupe Mutuel tratta i dati personali e sensibili delle persone interessate e implementa il trattamento dei dati secondo le seguenti basi giuridiche: il consenso delle persone interessate, rispettivamente l'esplicito consenso per i dati sensibili; le disposizioni di legge applicabili alle attività del Groupe Mutuel (in particolare la LPD); il contratto stipulato tra il Groupe Mutuel e le persone interessate; l'interesse pubblico preponderante o l'interesse privato preponderante (ai sensi della LPD) del Groupe Mutuel o delle persone interessate.

Finalità

I dati personali e sensibili sono utilizzati in particolare per valutare i rischi da assicurare, trattare i sinistri, garantire il monitoraggio amministrativo, statistico e finanziario del contratto, consentire la gestione delle sue attività (statistiche, audit interno ed esterno ecc.) e il rispetto dei suoi obblighi legali, il miglioramento e lo sviluppo dei servizi forniti, l'ottimizzazione e l'economia dei costi assicurativi, l'esecuzione di operazioni di prospezione e di marketing, la gestione dei debiti e dei contenziosi, la lotta contro la frode, il riciclaggio di denaro, il finanziamento del terrorismo e la frode fiscale. A tal fine, tali dati potranno essere comunicati, condivisi e scambiati tra il Groupe Mutuel e terzi (vedere sotto). Per quanto concerne i dati utilizzati a fini statistici, questi sono resi anonimi.

Sicurezza

Nell'ambito del trattamento dei dati personali e in relazione ai rischi presentati dal trattamento, il Groupe Mutuel, i suoi intermediari assicurativi e altri mandatari (ad esempio un riassicuratore) si impegnano a implementare tutte le misure necessarie per conformarsi alla normativa sulla protezione dei dati. Tali disposizioni includono, in particolare, le misure tecniche, fisiche e organizzative necessarie per tutelare la sicurezza dei dati personali e impedirne la modifica, il danneggiamento o l'accesso da parte di terzi non autorizzati.

Trasferimento dei dati

I dati sono trattati in modo riservato e possono essere comunicati al fornitore di assistenza e a Dextra, nonché a terzi (ad esempio: intermediari assicurativi, riassicuratori, medici, beneficiari, ufficio AI, sicurezza sociale del paese di residenza della persona assicurata) anche all'estero. Tale comunicazione avviene, ad esempio, sulla base di obblighi legali, decisioni giudiziarie, condizioni generali di assicurazione o consenso delle persone interessate. Il consenso deve essere esplicito se si tratta di dati sensibili. Se il trattamento dei dati è oggetto di un contratto di subappalto, outsourcing o collaborazione con terzi, questi ultimi si impegnano, nell'ambito del loro rapporto contrattuale con il Groupe Mutuel, a rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali. Il Groupe Mutuel seleziona i subappaltatori che presentano le necessarie garanzie. I dati affidati agli intermediari assicurativi saranno registrati e trasmessi al Groupe Mutuel per il trattamento delle domande di assicurazione e per il monitoraggio amministrativo e finanziario tra l'intermediario assicurativo e il Groupe Mutuel. Quest'ultimo non è responsabile del trattamento dei dati personali che la persona interessata può avere autorizzato a terzi o che è realizzato indipendentemente dal Groupe Mutuel. Spetta alle persone interessate riferirsi alle politiche di protezione dei dati di terzi per verificare le condizioni del trattamento effettuato, o per esercitare i propri diritti in relazione a tale trattamento.

Profilatura

Durante il rapporto contrattuale con il Groupe Mutuel, le persone interessate possono essere oggetto di profilatura a scopo di marketing, in modo che l'assicuratore possa proporre servizi e prodotti che soddisfino le loro aspettative, il loro profilo e le loro esigenze.

Durata di conservazione

I dati personali sono conservati per tutto il tempo necessario per legge, per la gestione del contratto d'assicurazione, dei sinistri, dei diritti di ricorso, della riscossione e/o degli eventuali litigi tra il Groupe Mutuel, la persona assicurata, l'intermediario assicurativo o i terzi.

Diritti di accesso e di rettifica

Le persone interessate hanno il diritto di accedere ai loro dati personali, far rettificare tali dati, far cancellare i loro dati nei limiti delle disposizioni di legge applicabili, far limitare il trattamento dei dati, chiedere il trasferimento dei dati, revocare il consenso al trattamento dei dati personali con riserva del trattamento dei dati necessari per l'esecuzione del contratto, rivolgersi all'autorità di vigilanza competente.

Data Protection Officer

Il Groupe Mutuel ha designato un Data Protection Officer (addetto alla protezione dei dati) che può essere contattato al seguente indirizzo:

dataprotection@groupemutuel.ch.

Maggiori informazioni sulla protezione dei dati si trovano nel sito Internet del Groupe Mutuel:

www.groupemutuel.ch.

Art. 1 Assicuratore che assume il rischio

1. La gestione dell'assicurazione responsabilità civile privata è assunta dal Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA (qui di seguito GMA SA).
2. La VAUDOISE GENERALE, Compagnia d'Assicurazioni SA, Avenue de Cour 41, 1007 Losanna (qui di seguito l'«assicuratore») assume il rischio e gestisce i sinistri.

Art. 2 Condizioni di adesione

Tutte le persone fisiche domiciliate in Svizzera possono chiedere l'adesione all'assicurazione responsabilità civile privata.

Art. 3 Proposta d'assicurazione

1. L'invio della proposta d'assicurazione non costituisce una domanda d'offerta, bensì una dichiarazione formale della persona proponente a GMA SA di voler stipulare un contratto d'assicurazione responsabilità civile privata. La persona proponente è vincolata a GMA SA, conformemente alle disposizioni dell'articolo 1 della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA), ossia per quattordici giorni.
2. La persona proponente può revocare la proposta al massimo entro 14 giorni dal suo invio. Tale termine è rispettato, se la persona proponente consegna la revoca all'assicuratore conformemente all'articolo 33 delle CGA o consegna il suo avviso di revoca alla posta entro l'ultimo giorno del termine.
3. Se la proposta proviene dall'assicuratore, la persona contraente può revocare il contratto al massimo entro 14 giorni da quando ha accettato la proposta.
4. La proposta è formulata mediante il modulo messo a disposizione da GMA SA. La persona proponente deve rispondere in modo completo e veritiero a tutte le domande che figurano nella proposta d'assicurazione. È inoltre responsabile della conformità alle sue indicazioni delle risposte fornite da una terza persona o da un intermediario. La persona proponente deve autorizzare i terzi a consegnare a GMA SA tutta la documentazione e le informazioni di cui ha bisogno.
5. GMA SA si riserva il diritto di accettare o di rifiutare la proposta d'assicurazione, senza dover motivare la sua decisione.

Art. 4 Sottoscrizione del contratto e inizio della copertura assicurativa

1. Il contratto d'assicurazione è sottoscritto non appena GMA SA comunica alla persona proponente che accetta la sua proposta.
2. La copertura assicurativa inizia alla data d'entrata in vigore confermata nella polizza d'assicurazione.

Art. 5 Reticenza

1. Se, quando ha risposto alle domande, la persona contraente ha taciuto o dichiarato in modo inesatto un fatto rilevante che conosceva o doveva conoscere (reticenza), GMA SA ha il diritto di disdire il contratto entro quattro settimane da quando è venuta a conoscenza della reticenza.

2. La disdetta ha effetto dal momento in cui è recapitata alla persona contraente. L'assicuratore ha diritto al rimborso delle prestazioni concesse per i sinistri il cui verificarsi e/o la cui entità sono stati influenzati dall'oggetto della reticenza.
3. Il diritto dell'assicuratore a detto rimborso cade in prescrizione dopo un anno a decorrere dal giorno in cui le condizioni della reticenza sono state stabilite e, in ogni caso, dopo dieci anni dalla nascita di tale diritto.

Art. 6 Periodo d'assicurazione

1. Il periodo d'assicurazione corrisponde a un anno civile dal 1° gennaio al 31 dicembre.
2. In caso di sottoscrizione del contratto durante un anno civile, il primo periodo d'assicurazione va dalla data d'entrata in vigore confermata nella polizza d'assicurazione, fino alla fine dell'anno civile.

Art. 7 Durata e disdetta del contratto d'assicurazione

1. Il contratto è stipulato per la durata indicata nella polizza. Alla fine di tale durata, se non viene disdetto, il contratto si rinnova tacitamente di anno in anno.
2. Il contratto può essere disdetto individualmente dalla persona contraente o da GMA SA per la data di scadenza contrattuale indicata nella polizza e, in seguito, con un preavviso di tre mesi.
3. Dopo ogni sinistro per il quale l'assicuratore versa una prestazione, la persona contraente ha il diritto di disdire il contratto al più tardi entro dieci giorni dopo essere venuta a conoscenza del pagamento del sinistro. Se la persona contraente disdice il contratto, l'assicurazione cessa di produrre i suoi effetti quattordici giorni dopo la notifica della disdetta a GMA SA. GMA SA conserva il suo diritto al premio per il periodo d'assicurazione in corso se la persona contraente disdice il contratto durante l'anno che segue l'entrata in vigore della copertura assicurativa. Negli altri casi, il premio è dovuto solo fino alla fine del contratto.
4. Dopo ogni sinistro per il quale l'assicuratore versa una prestazione, GMA SA ha il diritto di disdire il contratto al più tardi al momento del pagamento del sinistro. Se GMA SA disdice il contratto, l'assicurazione cessa di produrre i suoi effetti quattordici giorni dopo la notifica della disdetta da parte di GMA SA.
5. Resta riservato il diritto di GMA SA di disdire il contratto in caso di frode o di tentata frode.
6. Il diritto di disdetta per violazione dell'obbligo d'informazione da parte di GMA SA prima della sottoscrizione del contratto cessa quattro settimane dopo che la persona contraente è venuta a conoscenza della violazione e delle informazioni, al più tardi tuttavia due anni dopo la violazione. La disdetta ha effetto dal momento in cui perviene a GMA SA.
7. In caso di riduzione del rischio ai sensi dell'articolo 28a LCA, la persona contraente può, con preavviso di un mese, disdire il contratto o chiedere la riduzione tariffaria corrispondente. Se GMA SA rifiuta di ridurre il premio o se la persona contraente non è d'accordo con la riduzione tariffaria proposta, quest'ultima può disdire il contratto con preavviso di un mese dalla comunicazione da parte di GMA SA.

8. La persona contraente o l'assicuratore può disdire il contratto in qualunque momento, in caso di giusti motivi ai sensi dell'articolo 35b LCA.
9. Se il contratto d'assicurazione è disdetto o si estingue prima della scadenza, il premio è dovuto soltanto fino al momento della disdetta del contratto.
10. La persona contraente deve notificare la sua disdetta conformemente all'articolo 33 delle presenti condizioni generali.

Art. 8 Fine del contratto d'assicurazione

Il contratto d'assicurazione si estingue:

- a. al momento della disdetta;
- b. se GMA SA recede dal contratto in seguito al mancato pagamento dei premi conformemente all'articolo 21 capoverso 1 LCA;
- c. in caso di trasferimento del domicilio all'estero, alla data di partenza notificata al comune o al cantone.

Art. 9 Scopo dell'assicurazione / coperture a scelta

1. L'assicurazione copre la responsabilità civile in cui incorrono le persone assicurate.
2. L'assicurazione responsabilità civile privata può essere stipulata per una «singola persona» o per una «famiglia».
3. L'assicurazione responsabilità civile privata prevede due livelli di copertura (modulo di base):
 - Livello basic;
 - Livello plus.
4. Il Livello plus può essere completato con le opzioni «Danni causati ai veicoli di terzi», «Cavalli e/o pony noleggiati o in prestito», «Cacciatore», «Aeromodelli».

Art. 9a Tipo d'assicurazione

1. La copertura d'assicurazione rientra nella categoria di assicurazioni di danni.
2. Le coperture d'assicurazione che rientrano nella categoria di assicurazioni di danni rimborsano i costi del danno effettivo subito, fino a concorrenza delle prestazioni assicurate.

Art. 10 Rischi assicurati

1. L'assicuratore protegge le persone assicurate contro le pretese formulate da terzi in virtù delle disposizioni legali in materia di responsabilità civile in caso di:
 - lesioni corporali (morte, ferite o altri danni alla salute di persone);
 - danni materiali (distruzione, danneggiamento o perdita di cose, oppure morte, ferimento o perdita di animali);
 - danni economici risultanti da una lesione corporale o da un danno materiale arrecato alla persona lesa.
2. La polizza d'assicurazione menziona l'estensione della copertura, le franchigie e le somme d'assicurazione scelte. La copertura si estende a tutti gli atti della vita privata.

Art. 11 Prestazioni e somma d'assicurazione assicurate

1. In seguito a un sinistro assicurato, l'assicurazione copre:
 - i risarcimenti di danni dovuti;
 - la difesa delle persone assicurate contro le pretese ingiustificate;

- le spese di perizia, legali e di giustizia;
 - le ripetibili assegnate alla controparte;
 - le spese di prevenzione appropriate effettuate per scongiurare un pericolo, quando, in seguito a un sinistro imprevisto, il verificarsi di un danno assicurato è imminente. Non sono tuttavia assicurate le spese di sgombero della neve e di eliminazione del ghiaccio.
2. Queste prestazioni sono limitate dalla somma d'assicurazione menzionata nella polizza al momento in cui è stato causato il sinistro.
 3. La somma d'assicurazione è una garanzia unica per anno assicurativo. È pagata solo una volta per l'insieme dei danni, delle spese di prevenzione dei danni e di altre spese eventualmente assicurate che si verificano nel corso di uno stesso anno assicurativo.
 4. Se l'ammontare del danno è superiore alla somma d'assicurazione convenuta, le spese sono pagate prioritariamente.
 5. Il totale dei danni e delle misure preventive assicurate concernenti la stessa causa è considerato un solo sinistro, a prescindere dal numero di danneggiati.

Art. 12 Franchigia

1. Per il modulo di base, la persona contraente ha la possibilità di scegliere le varianti seguenti:
 - senza franchigia;
 - franchigia di Fr. 200.–;
 - franchigia di Fr. 500.–;
 per evento.
2. La franchigia scelta per il modulo di base si applica anche alle opzioni «Cavalli e/o pony noleggiati o in prestito», «Cacciatore» e «Aeromodelli».
3. Per l'estensione opzionale «Danni causati ai veicoli di terzi», la franchigia applicabile per evento dipende da quella scelta per il modulo di base secondo la tabella seguente.

Modulo di base	Opzione «Danni causati ai veicoli di terzi»
Senza franchigia	Franchigia di Fr. 200.–
Franchigia di Fr. 200.–	Franchigia di Fr. 500.–
Franchigia di Fr. 500.–	Franchigia di Fr. 1'000.–

4. Le franchigie si applicano a tutte le prestazioni versate dall'assicuratore, comprese le spese di difesa contro pretese ingiustificate.

Art. 13 Validità territoriale e temporale

1. L'assicurazione è valida in tutto il mondo per i danni che si verificano nel corso della durata del contratto.
2. Se la persona contraente trasferisce il proprio domicilio all'estero, l'assicurazione si estingue alla data notificata al comune o al cantone.

Art. 14 Persone assicurate

1. Se si stipula l'assicurazione per «singola persona», le persone assicurate sono:
 - la persona contraente;
 - i minorenni che soggiornano temporaneamente da lei;
 - il personale domestico che non vive nella sua stessa economia domestica, nel quadro di un lavoro effettuato per lui. Sono tuttavia escluse le rivalse esercitate da terzi contro queste persone.

2. Se si stipula l'assicurazione per «famiglia», le persone assicurate sono:
- la persona contraente e tutte le persone che vivono nella sua stessa economia domestica o che ritornano regolarmente il fine settimana. La responsabilità delle persone assicurate è coperta anche se vivono temporaneamente (al massimo dodici mesi) fuori dall'economia domestica per ragioni di studio, apprendistato, vacanza o viaggio;
 - il personale domestico che non vive nella sua stessa economia domestica, nel quadro di un lavoro effettuato per lei. Sono tuttavia escluse le rivalse esercitate da terzi contro queste persone.

Art. 15 Qualità assicurate

1. Le persone assicurate beneficiano di una copertura assicurativa per tutti gli aspetti della vita privata, in particolare in qualità di:

a. Capofamiglia

Per i danni dei quali una persona assicurata risponde come capofamiglia secondo le disposizioni legali.

b. Padrone di casa

Per i danni che il personale domestico o gli aiutanti occasionali causano a terzi nello svolgimento del proprio lavoro.

c. Sportivo amatoriale

L'assicurazione comprende la responsabilità civile risultante dalla pratica di sport a livello amatoriale.

d. Utilizzatore di velocipedi e di veicoli equiparati

L'assicurazione copre la responsabilità civile risultante dall'utilizzo di velocipedi e di veicoli equiparati.

e. Conducente di veicoli a motore fino a 3,5 tonnellate e di motocicli di terzi

Sono assicurate le pretese seguenti:

- la parte dell'indennità eccedente la somma d'assicurazione responsabilità civile del veicolo a motore o del motociclo utilizzato (assicurazione complementare);
- la perdita del bonus dell'assicurazione responsabilità civile calcolata in base al numero di anni necessari, a decorrere dal sinistro, per raggiungere il grado di premio valido prima dell'incidente. L'indennità per la perdita del bonus non è versata se l'assicuratore rimborsa le spese del sinistro all'assicuratore responsabilità civile del veicolo a motore o del motociclo.

Non sono tuttavia assicurate:

- le franchigie contrattuali;
- le rivalse derivanti dalle assicurazioni stipulate per il veicolo a motore o il motociclo in questione;
- le pretese per i danni occasionati su tragitti non autorizzati dalla legge o dal titolare del veicolo;
- le pretese per danni verificatisi in occasione di gare di velocità, rally o altre competizioni simili, comprese le corse di allenamento e la guida sul percorso o il circuito;
- le pretese per danni verificatisi negli Stati Uniti o in Canada.

f. Cavaliere

L'assicurazione copre la responsabilità civile delle persone assicurate per danni causati a terzi in occasione di sport equestri, di concorsi ippici, di prove di addestramento e di corse, compresi gli allenamenti.

Non sono tuttavia incluse in questa copertura le pretese per i danni causati a cavalli e pony in affitto o presi a prestito, compresi l'equipaggiamento e l'attacco (con riserva di un'eventuale copertura secondo l'articolo 20 capoverso 2 delle CGA).

g. Detentore di animali

L'assicurazione copre la responsabilità civile dei detentori di animali nella misura in cui questi animali non sono animali da reddito. Sono inoltre assicurate senza controprestazione le persone incaricate da una persona assicurata di custodire temporaneamente i suoi animali per i danni causati da questi ultimi.

Non è inclusa in questa copertura la responsabilità civile della persona assicurata che contravviene agli obblighi che le incombono in virtù delle prescrizioni ufficiali o legali sulla detenzione di animali.

h. Militare, membro della protezione civile e pompieri

L'assicurazione copre la responsabilità delle persone assicurate in qualità di membro dell'esercito svizzero, della protezione civile e di un servizio pubblico di pompieri.

La copertura è esclusa in caso di conflitti armati e di disordini di ogni genere.

2. Proprietario di abitazioni

a. Principio

L'assicuratore accorda una copertura assicurativa in quanto proprietari delle abitazioni seguenti in Svizzera, nella misura in cui una delle persone assicurate vi abiti (a esclusione del personale domestico), fino a concorrenza della somma d'assicurazione convenuta:

- case individuali o stabili locativi (max tre abitazioni), compresi gli stabili annessi quali depositi, autorimesse, serre ecc.;
- residenze secondarie a un solo appartamento o casa mobile installata permanentemente, non immatricolata, e utilizzata solo come abitazione.

La copertura si estende anche alle installazioni che appartengono all'abitazione, a fondi e alla porzione di strada d'accesso privata. In caso di diritto di superficie, è pure assicurata la responsabilità del proprietario del terreno.

b. Proprietario di cisterne

La responsabilità derivante dalla proprietà di cisterne e recipienti analoghi è pure assicurata. La persona assicurata deve provvedere affinché la manutenzione di questi impianti sia eseguita conformemente alle prescrizioni in vigore; le riparazioni necessarie devono essere immediatamente eseguite da specialisti del ramo.

Non sono tuttavia incluse in questa copertura le spese provocate:

- dalla constatazione di fughe;
- dallo svuotamento e il riempimento;
- dalle riparazioni e le trasformazioni degli impianti.

c. Proprietario per piano (proprietari di appartamenti)

L'assicuratore copre le pretese per i danni la cui origine si trova:

- nelle parti dell'immobile attribuite in esclusiva alla persona assicurata (proprietario del piano). La copertura è limitata alla parte d'indennità eccedente la garanzia dell'assicurazione responsabilità civile immobiliare della comunità di proprietari di piani;
- nelle parti dell'immobile, dei locali o degli impianti a uso comune. È assicurata la parte del danno eccedente la garanzia della polizza comunitaria nei limiti corrispondenti alla quota parte della persona assicurata.

Non sono tuttavia incluse:

- le pretese della comunità di proprietari per la parte del danno corrispondente alla quota parte della persona assicurata secondo l'atto di costituzione;
- le prestazioni se la comunità di proprietari non ha

stipulato una copertura di un'assicurazione responsabilità civile immobiliare.

d. Committente per i propri beni

Per i lavori di trasformazione o di ampliamento concernenti l'alloggio per i quali la persona assicurata è il committente, l'assicuratore risarcisce:

- le lesioni corporali e i danni a cose mobiliari;
- i danni causati a fondi, edifici e altre opere in seguito a lavori di trasformazione, riparazione e rinnovamento; i lavori non devono tuttavia estendersi allo scavo, toccare le fondamenta e il loro costo globale non deve oltrepassare Fr. 100'000.– (calcolo secondo gli indici di mercato).

e. Proprietario di terreni non edificati

L'assicuratore accorda una copertura assicurativa in quanto proprietari di terreni non edificati, come particelle per il giardinaggio, piantagioni o boschi. Questa copertura è ammessa in tutta la Svizzera.

3. Responsabilità per danni causati nell'ambito di attività lucrative accessorie

L'assicurazione si estende alla responsabilità civile derivante dall'esercizio, in qualità di indipendente, in Svizzera e nei paesi limitrofi, di un'attività lucrativa accessoria nella misura in cui la cifra d'affari non superi Fr. 20'000.– l'anno. Se la persona assicurata svolge un lavoro per un terzo, la copertura per i danni materiali causati a tale terzo è limitata a Fr. 20'000.– per sinistro.

Non sono tuttavia inclusi in questa copertura:

- ogni attività dipendente (regolata da un contratto di lavoro o sulla base dello statuto di funzionario);
- la responsabilità della persona contraente per l'attività degli impiegati e di altri suoi ausiliari;
- le pretese per i danni a cose prese o ricevute od oggetto di un lavoro;
- le pretese in relazione con qualsiasi attività medica o paramedica;
- la responsabilità in qualità di maestro di sci, di guida alpina o di monitore di sport alla moda come il bungee jumping, il river rafting, il canyoning, lo snow rafting, il fun yak, lo sky diving o il flying fox. L'elenco è incompleto;
- le pretese in relazione con l'organizzazione, la preparazione e l'esecuzione di uscite in calesse;
- le pretese in relazione ad attività per le quali è obbligatoria un'assicurazione;
- la responsabilità per danni derivanti dall'impiego di:
 - organismi geneticamente modificati o di prodotti a essi assimilabili in ragione della modificazione del materiale genetico;
 - organismi patogeni in ragione delle loro proprietà patogene, a condizione che l'impresa assicurata soggiaccia all'obbligo di dichiarazione o autorizzazione ai sensi della legislazione svizzera per questo tipo d'impiego o ne sarebbe soggetta se l'uso che ne fa all'estero fosse avvenuto in Svizzera.
- la responsabilità per danni dovuti alla produzione o alla commercializzazione di alimenti per animali o di complementi alimentari per animali contenenti organismi geneticamente modificati;
- le rivalse esercitate da terzi.

4. Responsabilità per danni causati a cose o animali affidati

L'assicurazione si estende anche alla responsabilità civile di una persona assicurata per i danni:

- a cose prese o ricevute per essere utilizzate, lavorate, custodite, trasportate;

- a cose prese in affitto;
- ad animali affidati.

Sono tuttavia escluse dall'assicurazione le pretese per i danni causati a:

- oggetti di valore come gioielli, pellicce, oggetti d'arte;
- denaro, carte valori, disegni di viaggio, documenti e piani;
- barche a remi da competizione, battelli a vela o a motore, tavole a vela, moto nautiche e kitesurf;
- aeromobili di ogni genere;
- cavalli e pony, compresi l'equipaggiamento e l'attacco (con riserva di un'eventuale copertura secondo l'articolo 20 capoverso 2 delle CGA);
- cose oggetto di un contratto di locazione-vendita, di leasing, di un contratto simile o di una riserva di proprietà;
- cose appartenenti al datore di lavoro di una persona assicurata;
- veicoli a motore, motocicli e rimorchi (con riserva di un'eventuale copertura secondo l'articolo 20 capoverso 1 delle CGA).

5. Locatario

1. L'assicurazione si estende anche alla responsabilità civile in qualità di:

a. Locatario a domicilio

Per i danni causati a edifici e locali abitativi adibiti a domicilio. Sono comprese le pretese risultanti da danni a parti dell'edificio e delle installazioni utilizzate in comune.

b. Locatario fuori domicilio

Per i danni causati a camere d'albergo, residenze secondarie, appartamenti e case di vacanza e ad altri locali affittati a titolo privato, a case mobili e roulotte non immatricolate a stazionamento fisso.

2. Franchigia

In caso di cambiamento di domicilio, la franchigia viene detratta una sola volta per i danni all'oggetto in locazione (danni che devono essere rimborsati al locatore alla liberazione del domicilio).

3. Non sono tuttavia assicurati:

- i danni che si verificano gradualmente;
- le spese di ripristino di una cosa, qualora sia trasformata di proposito da una persona assicurata o dietro sua iniziativa.

Art. 16 Casi particolari assicurati

1. Copertura in assenza di una responsabilità legale per le persone incapaci di discernimento

1. L'assicuratore risarcisce fino a concorrenza di Fr. 100'000.– per caso di sinistro i danni causati da persone incapaci di discernimento, minorenni o no, che vivono nella stessa economia domestica con la persona contraente, nella misura in cui, nella stessa situazione, la responsabilità di una persona capace di discernimento sarebbe impegnata e coperta dalla presente polizza.
2. Questa copertura è accordata quando né la persona contraente né l'autore possono essere considerati legalmente responsabili del danno.
3. Sono escluse le rivalse esercitate da terzi.

2. Copertura in assenza di una responsabilità legale in caso di danni materiali causati in occasione di attività sportive, ludiche o da un animale

1. L'assicurazione si estende alle pretese per i danni materiali:
 - causati in occasione di attività sportive o ludiche, anche se la persona assicurata non è legalmente

- responsabile del sinistro;
 - causati da un animale senza che la responsabilità civile del proprietario o del custode sia impegnata.
 - 2. L'assicurazione risarcisce anche le spese veterinarie per animali senza valore materiale.
 - 3. L'indennità dell'assicuratore ammonta al massimo a Fr. 2'000.– per caso di sinistro.
 - 4. Sono escluse le rivalse esercitate da terzi.
- 3. Copertura in caso di procedura penale contro una persona assicurata**
1. Se la persona assicurata è perseguita penalmente per un sinistro assicurato, l'assicuratore copre esclusivamente le spese di avvocato fino a concorrenza di Fr. 10'000.– per caso di sinistro.
 2. La scelta dell'avvocato avviene d'intesa tra la persona assicurata e l'assicuratore.
 3. L'assicuratore può rifiutare l'assunzione delle spese di avvocato se ritiene che, in tutta probabilità, l'esito della causa penale portata davanti a una giurisdizione superiore sarà sfavorevole alla persona assicurata.
 4. Le spese di avvocato concernenti un sinistro causato da una persona assicurata in qualità di titolare o di conducente di un veicolo a motore sono escluse.

Art. 17 Colpa grave di una persona assicurata

1. L'assicuratore rinuncia al suo diritto di ridurre le prestazioni e a quello di rivalersi quando la persona assicurata ha causato il sinistro per colpa grave.
2. L'assicuratore si riserva tuttavia tale diritto se al momento dell'atto o dell'omissione di un atto la persona assicurata era sotto l'influenza dell'alcol, di droghe o di farmaci.

Art. 18 Insolvenza finanziaria del responsabile

1. Oggetto della presente copertura complementare

1. L'assicuratore accorda alle persone assicurate che hanno optato per il «Livello plus» ai sensi dell'articolo 9 delle CGA una copertura assicurativa qualora, nel corso della durata del contratto, subissero un danno da parte di terzi per il quale è esigibile una pretesa in responsabilità civile, ma il conseguente indennizzo non possa essere effettivamente ottenuto da tali terzi in ragione di una procedura di esecuzione forzata rimasta infruttuosa.
2. Per terzi si intende l'autore del danno contro il quale una procedura di esecuzione forzata, aperta dalle persone assicurate in ragione del danno subito, è sfociata in una perdita di credito, conformemente alle condizioni per l'indennizzo definite qui sotto.
3. L'estensione della presente copertura deriva dalle disposizioni delle presenti CGA responsabilità civile privata: nella misura in cui le persone assicurate abbiano pretese di risarcimento danni giuridicamente fondate nei confronti di terzi, le persone assicurate si trovano nella stessa situazione in cui tali terzi disponessero di una copertura assicurativa in qualità di persona assicurata ai sensi delle presenti CGA, nei limiti delle disposizioni seguenti.

2. Estensione della copertura

1. Sono assicurate esclusivamente le lesioni corporali e i danni materiali causati alle persone assicurate in cui è comprovato che terzi siano tenuti al risarcimento a titolo di persona privata in virtù di disposizioni legali sulla responsabilità civile.

2. L'insieme delle condizioni e delle restrizioni che regolano la copertura assicurativa per la persona assicurata si applica parimenti a terzi ai sensi della presente copertura complementare. Non è tuttavia accordato alcun diritto a prestazioni a terzi ai sensi della presente copertura complementare.
3. Sono esclusi dalla presente copertura complementare:
 - i danni causati da terzi in qualità di detentori o di conducenti di veicoli a motore;
 - i danni causati a veicoli affidati, motocicli compresi (anche se è stata stipulata una copertura opzionale secondo l'articolo 20 capoverso 1 delle CGA);
 - i danni ai cavalli e ai pony noleggiati o in prestito (anche se è stata stipulata una copertura opzionale secondo l'articolo 20 capoverso 2 delle CGA);
 - le rivalse esercitate da terzi (p.es. le pretese di rivalsa e compensatorie espresse da compagnie d'assicurazione).
4. La presente copertura complementare è inoltre sussidiaria a qualsiasi altra copertura assicurativa esistente: l'assicuratore non versa prestazioni nella misura in cui prestazioni sono esigibili da un'altra assicurazione, che si tratti di un'assicurazione a favore delle persone assicurate o di un'assicurazione di terzi tenuta a erogare prestazioni a causa del danno.

3. Condizioni per il risarcimento

1. Per pretendere un risarcimento da parte dell'assicuratore, la persona assicurata deve aver ottenuto:
 - un titolo esecutivo contro i terzi in una procedura di fronte a un tribunale in Svizzera, nel Principato del Liechtenstein o in uno Stato membro dello Spazio economico europeo (SEE);
 - oppure un riconoscimento di debito dei terzi autenticato da un atto notarile di uno di questi Stati; e deve poter dimostrare che l'intera procedura di esecuzione forzata, fondata su tale titolo e diretta contro terzi, è rimasta totalmente o parzialmente infruttuosa.
2. I titoli ai sensi della presente copertura complementare sono sentenze passate in giudicato e sostituti di sentenze (transazione giudiziale, riconoscimento di debito davanti a un tribunale).
3. Le procedure di esecuzione forzata sono ritenute infruttuose quando la persona assicurata dimostra presentando documenti:
 - che la procedura di esecuzione forzata non ha potuto aver luogo o non a sua totale soddisfazione;
 - oppure che neppure un successo parziale sembra verosimile, per esempio perché esistono atti di carenza di beni contro terzi e sono già stati oggetto di procedimenti infruttuosi nel corso degli ultimi tre anni.
4. A dimostrazione del fallimento della procedura di esecuzione forzata, la persona assicurata deve presentare un atto di carenza beni o un estratto del registro delle procedure concernenti i terzi, da cui risulta il fallimento della procedura.

4. Indennità

1. Nella misura in cui le condizioni di cui all'articolo 18 capoverso 3 siano soddisfatte, l'assicuratore versa un'indennità pari all'importo del risarcimento constatato nel titolo, fino a concorrenza di Fr. 100'000.– per caso di sinistro.
2. Da ogni sinistro sono dedotti una franchigia di Fr. 5000.– e gli eventuali versamenti parziali.
3. L'indennità è versata soltanto contro presentazione del titolo originale, dei documenti originali della pro-

cedura e di altri documenti che dimostrano che si tratta di un caso di assicurazione ai sensi della presente copertura complementare.

4. Le persone assicurate sono tenute a cedere all'assicuratore le loro pretese contro terzi, senza riserve, fino a concorrenza dell'importo dell'indennità.

5. Prescrizione

Tutte le pretese basate sulla presente copertura complementare cadono in prescrizione se non sono state notificate per iscritto a GMA SA entro due anni dal tentativo infruttuoso di esecuzione forzata.

Art. 19 Esclusioni generali

Sono escluse dall'assicurazione le pretese per:

- i danni subiti da una persona assicurata o da una persona che vive nella sua stessa economia domestica;
- i danni che risultano dall'esercizio di un'attività professionale o di una funzione ufficiale (con riserva di un'eventuale copertura secondo l'articolo 15 capoverso 3 delle CGA);
- i danni a cose o animali affidati (con riserva di un'eventuale copertura secondo l'articolo 15 capoverso 4 delle CGA);
- i danni che risultano dall'uso di veicoli a motore, battelli o aeromobili per i quali un'assicurazione responsabilità civile è legalmente prescritta o che sono immatricolati all'estero (con riserva di un'eventuale copertura secondo l'articolo 20 capoverso 1 e/o 20 capoverso 4 delle CGA) e i danni verificatisi in occasione di gare di velocità, di rally o altre competizioni simili, comprese le corse di allenamento o la guida sul percorso o il circuito;
- i danni causati a cavalli e pony noleggiati o in prestito (con riserva di un'eventuale copertura secondo l'articolo 20 capoverso 2 delle CGA);
- i danni connessi alla pratica della caccia (con riserva di un'eventuale copertura secondo l'articolo 20 capoverso 3 delle CGA);
- i danni connessi alla pratica del paracadutismo, del parapendio, del deltaplano e del kitesurf;
- i danni chiaramente prevedibili o di cui si è accettata l'eventualità;
- i danni materiali sopravvenuti gradualmente o risultanti dall'usura;
- le pretese in relazione con l'amianto;
- i danni economici che non risultano né da una lesione corporale né da un danno materiale assicurato arrecato alla persona lesa;
- i danni causati in caso di crimine o delitto intenzionale;
- i danni legati alla trasmissione di malattie.

Art. 20 Estensioni opzionali della copertura

Se la polizza lo dispone esplicitamente e se è stato corrisposto il supplemento di premio, sono assicurate una o più coperture definite di seguito.

1. Opzione «Danni causati ai veicoli di terzi»

1. Principio

L'assicurazione si estende anche alle pretese per i danni accidentali causati a:

- veicoli a motore fino a 3,5 tonnellate di peso totale e rimorchi;
 - motocicli;
- affidati alla persona assicurata in qualità di conducente.

2. Carico / scarico

La copertura si estende anche alle pretese per danni causati durante il carico o lo scarico di un veicolo a

motore, di un rimorchio o di un motociclo affidato non in esercizio.

3. Perdita del bonus

Quando il danno è coperto da un'assicurazione casco, l'assicuratore risarcisce soltanto la franchigia convenuta per questa assicurazione, come pure un eventuale supplemento di premio derivante dal sinistro. La perdita del bonus è calcolata in base al numero di anni necessari, a decorrere dal sinistro, per raggiungere il grado di premio valido prima dell'incidente.

L'indennità per la perdita del bonus non è versata se l'assicuratore rimborsa le spese del sinistro all'assicuratore casco del veicolo a motore o del motociclo.

4. Condizioni di copertura

L'assicurazione interviene solo se:

- l'utilizzo del veicolo non è regolare, bensì occasionale e di breve durata (al massimo quattordici giorni per anno civile);
- il titolare del veicolo non è il datore di lavoro della persona assicurata;
- il titolare del veicolo non è un noleggiatore professionista o un'impresa del ramo automobilistico. Invece, le pretese per il danneggiamento dei veicoli di cortesia messi a disposizione (gratuitamente o no) in occasione di lavori di riparazione o di manutenzione da un'impresa del ramo automobilistico sono comprese nella copertura. Vale lo stesso per la messa a disposizione gratuita di veicoli di dimostrazione e di prova.

5. Esclusioni

Sono escluse dall'assicurazione le pretese per:

- i danni occasionati su tragitti non autorizzati dalla legge o dal titolare del veicolo;
- i danni verificatisi in occasione di gare di velocità, rally o altre competizioni simili, comprese le corse di allenamento e la guida sul percorso o il circuito;
- i danni dovuti a guasti non conseguenti a un incidente;
- un eventuale deprezzamento del veicolo danneggiato e le spese di noleggio di un veicolo sostitutivo;
- i danni verificatisi negli Stati Uniti o in Canada.

2. Opzione «Cavalli e/o pony noleggiati o in prestito»

1. A modifica parziale dell'articolo 19 delle CGA, l'assicurazione si estende alle pretese per i danni accidentali causati a cavalli o pony in prestito o noleggiati, al loro equipaggiamento e all'attacco. Queste pretese sono coperte anche durante la partecipazione a concorsi ippici, a prove di addestramento e a corse, allenamenti compresi.
2. Nei limiti della somma d'assicurazione convenuta, l'indennità per un'eventuale perdita di guadagno risultante dall'impossibilità di utilizzo dell'animale, dell'equipaggiamento e dell'attacco non può eccedere Fr. 200.– giornalieri.

3. Opzione «Cacciatore»

1. A modifica parziale dell'articolo 19 delle CGA, l'assicurazione si estende altresì alle pretese derivanti da danni conseguenti:
 - a. all'esercizio della caccia;
 - b. all'attività di guardiacaccia;
 - c. all'impiego di cani;
 - d. alla partecipazione a manifestazioni sportive venatorie.
2. L'assicurazione copre anche la responsabilità civile dei battitori e di altri ausiliari al servizio della persona assicurata.

3. Sono escluse dall'assicurazione:
 - la responsabilità civile della persona assicurata che non possiede un permesso di caccia valido;
 - le pretese per i danni:
 - causati alla e dalla selvaggina;
 - causati alle colture;
 - verificatisi nei paesi dove l'autorità competente non accetta l'attestato d'assicurazione rilasciato dall'assicuratore;
 - che avvengono negli Stati Uniti e in Canada;
 - derivanti dalla violazione di prescrizioni legali o delle autorità concernenti la caccia e la protezione della selvaggina.

4. Opzione «Aeromodelli»

In deroga parziale all'articolo 19 delle CGA, l'assicurazione comprende la responsabilità civile come detentore di aeromodelli fino a 30 kg.

Art. 21 Pagamento dei premi

1. I premi sono pagabili in Svizzera annualmente in anticipo.
2. Essi possono pure essere pagati in rate semestrali, trimestrali o mensili. In questo caso, l'importo annuo dei premi è scaglionato e differito.
3. Il periodo di fatturazione dei premi è di almeno un mese, ad eccezione del mese durante il quale l'adesione inizia o finisce.

Art. 22 Diffida, messa in mora ed esecuzione

1. Se il premio non viene pagato alla scadenza convenuta, il debitore sarà diffidato per iscritto e a sue spese a effettuare il pagamento entro quattordici giorni dall'invio della diffida, che menzionerà le conseguenze del ritardo. Se il termine trascorre infruttuosamente, l'obbligo di prestazione cessa una volta scaduto il termine della diffida.
2. Le persone assicurate non possono pretendere prestazioni per sinistri in relazione con eventi verificatisi durante la sospensione dell'obbligo di prestazione, anche se il premio nel frattempo viene pagato.
3. Se avvia una procedura di esecuzione nei confronti della persona contraente, GMA SA può esigere che questa paghi le spese amministrative.

Art. 23 Modifica della tariffa dei premi

1. GMA SA può adattare la tariffa dei premi e le franchigie per il periodo d'assicurazione successivo.
2. GMA SA deve notificare alla persona contraente le nuove disposizioni del contratto, al più tardi trenta giorni prima della fine del periodo d'assicurazione. In questo caso, la persona contraente ha il diritto di disdire il suo contratto per la fine del periodo d'assicurazione in corso entro un termine di trenta giorni dalla ricezione della polizza o della comunicazione della modifica. La disdetta deve pervenire a GMA SA entro trenta giorni, al più tardi tuttavia l'ultimo giorno dell'anno assicurativo.
3. Se la persona contraente non disdice il contratto, le modifiche dei premi sono considerate accettate.
4. Se l'autorità federale o un'autorità cantonale, sulla base di una copertura soggetta a una disposizione legale, decreta un cambiamento di premio, GMA SA può procedere al relativo adeguamento del contratto. In questo caso, il diritto di disdetta non è applicabile.

Art. 24 Adeguamento delle condizioni d'assicurazione

1. GMA SA ha il diritto di adeguare le condizioni d'assicurazione.
2. Le nuove condizioni si applicano se vengono adeguate nel corso della validità dell'assicurazione.
3. GMA SA comunica per iscritto questi adeguamenti alle persone contraenti. Le persone contraenti non disposte ad accettare questi adeguamenti possono disdire il contratto per la data dell'adeguamento. Se GMA SA non riceve alcuna disdetta entro trenta giorni dalla comunicazione dell'adeguamento, le nuove condizioni sono considerate accettate.
4. Se l'autorità federale o un'autorità cantonale, sulla base di una copertura soggetta a una disposizione legale, decreta un cambiamento di franchigia, dei limiti dell'indennità o della copertura, GMA SA può procedere al relativo adeguamento del contratto. In questo caso, il diritto di disdetta non è applicabile.

Art. 25 Notifica di un sinistro

1. La persona contraente deve notificare a GMA SA, il più rapidamente possibile dopo che si è verificato o che è stato constatato, qualsiasi sinistro le cui conseguenze prevedibili possono concernere l'assicurazione. Ciò vale anche qualora siano state formulate pretese di risarcimento di danni contro una persona assicurata.

In caso di necessità

- Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA
Prestazioni Patrimonio
Rue des Cèdres 5 – Casella postale – 1919 Martigny
N° telefono 0848 803 222
sinistrip Protect@groupemutuel.ch
2. GMA SA, dopo le verifiche preliminari, trasmette il caso all'assicuratore che, da quel momento, è in contatto diretto con la persona assicurata.
 3. L'assicuratore effettua la verifica finale della copertura e, se essa è accordata, assume la gestione del caso.

Art. 26 Obblighi in caso di sinistro

1. Le persone assicurate devono collaborare con l'assicuratore nell'indagine sui fatti e nell'accertamento della prova del danno.
2. Le persone assicurate devono astenersi da qualsiasi presa di posizione personale in merito alle richieste della parte lesa. In particolare, le persone assicurate non sono autorizzate a riconoscere le pretese di risarcimento di danni o a indennizzare il danneggiato.
3. Salvo in caso di necessità, le persone assicurate non devono prendere alcuna misura concernente il danno senza l'accordo dell'assicuratore.
4. La persona contraente è tenuta a fornire all'assicuratore qualsiasi informazione e documentazione utile, a richiederle a terzi all'attenzione dell'assicuratore, ad autorizzare terzi per iscritto a fornire all'assicuratore le relative informazioni e la documentazione corrispondente. L'assicuratore ha inoltre il diritto di effettuare autonomamente inchieste in merito.
5. GMA SA dovrà essere parimenti informato immediatamente se, in seguito a un sinistro, la persona assicurata è oggetto di una contravvenzione o di una procedura penale o se il danneggiato fa valere le sue pretese per via legale.

Art. 27 Violazione degli obblighi in caso di sinistro

1. Le persone assicurate si assumono tutte le conseguenze di una violazione colposa dell'obbligo di notifica.
2. Se una persona assicurata viola in modo colposo uno dei suoi obblighi contrattuali, l'assicuratore è liberato da ogni obbligo nei suoi confronti.

Art. 28 Gestione dei casi di sinistro

1. L'assicuratore interviene in caso di sinistro solo nella misura in cui le pretese oltrepassino l'eventuale franchigia convenuta.
2. L'assicuratore conduce le trattative con la parte lesa e agisce in qualità di rappresentante delle persone assicurate. Queste ultime sono vincolate dalla liquidazione da parte dell'assicuratore nei confronti delle pretese della parte lesa.
3. L'assicuratore ha il diritto di versare l'indennità direttamente alla parte lesa, senza dedurre un'eventuale franchigia. In tal caso, le persone assicurate sono tenute a rimborsare la franchigia rinunciando a qualsiasi opposizione.
4. Nel caso in cui, in relazione a pretese in responsabilità civile, le persone assicurate sono minacciate di una denuncia alla polizia o di una querela penale o qualora la parte lesa avanzi le sue pretese tramite un'azione giudiziaria, l'assicuratore si riserva il diritto di nominare un difensore o un legale al quale la persona assicurata deve conferire procura. La gestione del processo deve essere assegnata all'assicuratore, che se ne assume le spese. Se il giudice accorda delle ripetibili alle persone assicurate, le stesse vengono percepite dall'assicuratore nella misura in cui esse non siano destinate a coprire le spese personali delle persone assicurate.

Art. 29 Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni

La persona assicurata non è abilitata, senza previa autorizzazione dell'assicuratore, a cedere a danneggiati o a terzi le pretese risultanti da questa assicurazione.

Art. 30 Rivalsa contro la persona assicurata

Se le disposizioni del presente contratto o della LCA che limitano o annullano la garanzia non possono essere opposte a norma di legge al danneggiato, l'assicuratore ha un diritto di rivalsa contro la persona assicurata, purché fosse stato in diritto di diminuire o rifiutare le sue prestazioni.

Art. 31 Obbligo di informare

1. Qualsiasi cambiamento (cognome, nome, sesso, stato civile, domicilio, conto bancario o postale, e-mail, telefono) e i decessi devono essere immediatamente notificati a GMA SA. In caso di mancata notifica o di notifica tardiva, i danni e le spese a carico di GMA SA possono essere reclamati alla persona assicurata.
2. Se la persona contraente trasferisce il suo domicilio o la sua residenza fuori dalla Svizzera, deve avvisare GMA SA e consegnargli un attestato di partenza emesso dal comune o dal cantone. Su tale base, l'assicuratore disdice il contratto d'assicurazione con effetto dalla data di partenza indicata nell'attestato.
3. Se la persona contraente omette di comunicare la sua partenza o la comunica entro un termine inappropriato, GMA SA può disdire il contratto con effetto retroattivo dalla data effettiva di partenza notificata al comune o al

cantone. In questo caso, le eventuali prestazioni indebite saranno reclamate alla persona contraente.

4. Per l'accertamento dei fatti, la persona contraente deve collaborare agli accertamenti riguardanti il contratto d'assicurazione, in particolare in materia di reticenza, aggravamento del rischio ecc.

Art. 32 Obbligo di diligenza

1. La persona contraente è tenuta a osservare l'obbligo di diligenza.
2. In particolare, deve adottare le misure dettate dalle circostanze per impedire il verificarsi di eventi che possano comportare pretese da parte di terzi o l'aggravamento del danno che comporta pretese da parte di terzi.
3. Se, in seguito a una colpa, sono stati violati gli obblighi di diligenza, le prescrizioni in materia di sicurezza o altri obblighi, l'indennità potrà essere ridotta nella misura in cui il verificarsi o l'estensione del danno ne siano stati influenzati.

Art. 33 Comunicazioni

1. Le comunicazioni della persona contraente e di GMA SA o dell'assicuratore possono essere validamente effettuate per iscritto o tramite qualsiasi altra forma che consenta la prova per testo (posta elettronica o mezzi di comunicazione messi a disposizione da GMA SA o dall'assicuratore), ad eccezione dei social network.
2. Le comunicazioni della persona contraente in relazione alla gestione dei contratti devono essere trasmesse agli indirizzi di posta o elettronici che figurano nei documenti ufficiali di GMA SA.
3. Le comunicazioni della persona contraente in relazione al trattamento di un sinistro devono essere trasmesse agli indirizzi di posta o elettronici che figurano nei documenti ufficiali dell'assicuratore.
4. Le comunicazioni di GMA SA sono validamente effettuate all'ultimo indirizzo di posta o elettronico indicato dalla persona contraente a GMA SA.
5. Le comunicazioni dell'assicuratore sono validamente effettuate all'ultimo indirizzo di posta o elettronico indicato dalla persona contraente all'assicuratore.
6. L'assicuratore può altresì effettuare comunicazioni generiche alle persone contraenti tramite il giornale destinato agli assicurati. La persona contraente che non desidera più ricevere tale giornale può richiederlo all'assicuratore. In tal caso, l'assicuratore declina qualsiasi responsabilità relativamente alle comunicazioni pubblicate.

Art. 34 Prescrizione e decadenza

1. I crediti derivanti dal contratto d'assicurazione cadono in prescrizione cinque anni dopo il fatto dal quale nasce l'obbligo.
2. Decadono le richieste d'indennità che sono state rifiutate e che non sono state oggetto di un'azione giudiziaria nei cinque anni che seguono il sinistro.

Art. 35 Trattamento dei dati personali della persona assicurata **Dati personali e sensibili**

Il Groupe Mutuel Services SA tratta i dati personali e i dati sensibili della persona contraente, della persona assicurata, e, se del caso, dei loro aventi diritto o delle persone vincolate (qui di seguito: le persone interessate) per conto di Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA, l'assicuratore. Il trattamento dei dati è delegato al Groupe Mutuel Services SA (qui di seguito: Groupe Mutuel), una società della Groupe Mutuel Holding SA. Queste due società sono soggette alla Legge federale sulla

protezione dei dati (LPD). Con l'espressione «dati personali» si intendono le informazioni relative alle persone interessate, che includono tra l'altro quelle relative alla gestione del contratto d'assicurazione. Con l'espressione «dati sensibili» si intendono le informazioni relative allo stato di salute delle persone assicurate e ai sinistri. Sono soprattutto trattate le seguenti categorie di dati personali e sensibili: i dati personali dichiarativi delle persone interessate, vale a dire quei dati che il Groupe Mutuel può raccogliere dalle persone interessate in caso di interesse manifesto e/o in caso di sottoscrizione di prodotti e servizi che fornisce o distribuisce; i dati relativi alle prestazioni fornite o al funzionamento di prodotti e servizi o al loro utilizzo, in particolare quando si utilizzano i servizi online; i dati provenienti da terzi, da altri servizi o da informazioni pubbliche quando ciò è autorizzato.

Base giuridica

Il Groupe Mutuel tratta i dati personali e sensibili delle persone interessate e implementa il trattamento dei dati secondo le seguenti basi giuridiche: il consenso delle persone interessate, rispettivamente l'esplicito consenso per i dati sensibili; le disposizioni di legge applicabili alle attività del Groupe Mutuel (in particolare la LPD); il contratto stipulato tra il Groupe Mutuel e le persone interessate; l'interesse pubblico preponderante o l'interesse privato preponderante (ai sensi della LPD) del Groupe Mutuel o delle persone interessate.

Finalità

I dati personali e sensibili sono utilizzati in particolare per valutare i rischi da assicurare, trattare i sinistri, garantire il monitoraggio amministrativo, statistico e finanziario del contratto, consentire la gestione delle sue attività (statistiche, audit interno ed esterno ecc.) e il rispetto dei suoi obblighi legali, il miglioramento e lo sviluppo dei servizi forniti, l'ottimizzazione e l'economia dei costi assicurativi, l'esecuzione di operazioni di prospezione e di marketing, la gestione dei debiti e dei contenziosi, la lotta contro la frode, il riciclaggio di denaro, il finanziamento del terrorismo e la frode fiscale. A tal fine, tali dati potranno essere comunicati, condivisi e scambiati tra il Groupe Mutuel e terzi (vedere sotto). Per quanto concerne i dati utilizzati a fini statistici, questi sono resi anonimi.

Sicurezza

Nell'ambito del trattamento dei dati personali e in relazione ai rischi presentati dal trattamento, il Groupe Mutuel, i suoi intermediari assicurativi e altri mandatari (ad esempio un riassicuratore) si impegnano a implementare tutte le misure necessarie per conformarsi alla normativa sulla protezione dei dati. Tali disposizioni includono, in particolare, le misure tecniche, fisiche e organizzative necessarie per tutelare la sicurezza dei dati personali e impedirne la modifica, il danneggiamento o l'accesso da parte di terzi non autorizzati.

Trasferimento dei dati

I dati vengono trattati in modo riservato e possono essere comunicati all'assicuratore e a terzi (ad esempio: intermediari assicurativi, riassicuratori, medici, beneficiari, ufficio AI, sicurezza sociale del paese di residenza della persona assicurata) anche all'estero. Tale comunicazione avviene, ad esempio, sulla base di obblighi legali, decisioni giudiziarie, condizioni generali di assicurazione o consenso delle persone interessate. Il consenso deve essere esplicito se si tratta di dati sensibili. Se il trattamento dei dati è oggetto di un contratto di subappalto, outsourcing o collaborazione con terzi, questi ultimi si impegnano, nell'ambito del loro rapporto contrattuale con il Groupe Mutuel, a rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali. Il Groupe Mutuel seleziona i subappaltatori che presentano le necessarie garanzie. I dati affidati

agli intermediari assicurativi saranno registrati e trasmessi al Groupe Mutuel per il trattamento delle domande di assicurazione e per il monitoraggio amministrativo e finanziario tra l'intermediario assicurativo e il Groupe Mutuel. Quest'ultimo non è responsabile del trattamento dei dati personali che la persona interessata può avere autorizzato a terzi o che è realizzato indipendentemente dal Groupe Mutuel. Spetta alle persone interessate riferirsi alle politiche di protezione dei dati di terzi per verificare le condizioni del trattamento effettuato, o per esercitare i propri diritti in relazione a tale trattamento.

Profilatura

Durante il rapporto contrattuale con il Groupe Mutuel, le persone interessate possono essere oggetto di profilatura a scopo di marketing, in modo che l'assicuratore possa proporre servizi e prodotti che soddisfino le loro aspettative, il loro profilo e le loro esigenze.

Durata di conservazione

I dati personali sono conservati per tutto il tempo necessario per legge, per la gestione del contratto d'assicurazione, dei sinistri, dei diritti di ricorso, della riscossione e/o degli eventuali litigi tra il Groupe Mutuel, la persona assicurata, l'intermediario assicurativo o i terzi.

Diritti di accesso e di rettifica

Le persone interessate hanno il diritto di accedere ai loro dati personali, far rettificare tali dati, far cancellare i loro dati nei limiti delle disposizioni di legge applicabili, far limitare il trattamento dei dati, chiedere il trasferimento dei dati, revocare il consenso al trattamento dei dati personali con riserva del trattamento dei dati necessari per l'esecuzione del contratto, rivolgersi all'autorità di vigilanza competente.

Data Protection Officer

Il Groupe Mutuel ha designato un Data Protection Officer (adetto alla protezione dei dati) che può essere contattato al seguente indirizzo:

dataprotection@groupe-mutuel.ch.

Maggiori informazioni sulla protezione dei dati si trovano nel sito Internet del Groupe Mutuel:

www.groupe-mutuel.ch.

Art. 36 Giurisdizione e foro competente

1. Salvo disposizioni particolari contrarie, gli obblighi risultanti dal contratto devono essere adempiuti sul territorio svizzero in franchi svizzeri.
2. In caso di contestazione, la persona contraente o la persona avente diritto può scegliere i tribunali del suo domicilio svizzero o quelli della sede del GMA SA.
3. In caso di controversia riguardo alle pretese derivanti dalla presente assicurazione, il foro di un'eventuale azione legale contro l'assicuratore è quello del domicilio svizzero della persona assicurata o della sede dell'assicuratore.

Art. 37 Sanzioni economiche, commerciali e finanziarie

La copertura non è concessa nella misura e fintanto che sanzioni economiche, commerciali o finanziarie legali applicabili si oppongono all'erogazione della prestazione contrattuale.

Art. 38 Disposizioni legali

Per la presente assicurazione si applicano inoltre le prescrizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione del 2 aprile 1908 e quelle dell'Ordinanza del 9 novembre 2005 sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione private.

Art. 1 Assicuratore che assume il rischio

1. La gestione dell'assicurazione d'economia domestica è assunta dal Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA (di seguito GMA SA).
2. La VAUDOISE GENERALE, Compagnia d'Assicurazioni SA, Avenue de Cour 41, 1007 Losanna (di seguito l'«assicuratore») assume il rischio e gestisce i sinistri.

Art. 2 Condizioni di adesione

1. Tutte le persone fisiche domiciliate in Svizzera possono chiedere l'adesione all'assicurazione d'economia domestica.
2. Il rischio da assicurare deve situarsi sul territorio svizzero.

Art. 3 Proposta d'assicurazione

1. L'invio di una proposta d'assicurazione non costituisce una domanda d'offerta, bensì una dichiarazione formale della persona proponente a GMA SA di voler stipulare un contratto d'assicurazione d'economia domestica. La persona proponente resta vincolata a GMA SA, conformemente alle disposizioni dell'articolo 1 della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA), ossia per quattordici giorni.
2. La persona proponente può revocare la proposta al massimo entro 14 giorni dal suo invio. Tale termine è rispettato, se la persona proponente consegna la revoca all'assicuratore conformemente all'articolo 41 delle CGA o consegna il suo avviso di revoca alla posta entro l'ultimo giorno del termine.
3. Se la proposta proviene dall'assicuratore, la persona contraente può revocare il contratto al massimo entro 14 giorni da quando ha accettato la proposta.
4. La proposta è formulata mediante il modulo messo a disposizione da GMA SA. La persona proponente deve rispondere in modo completo e veritiero a tutte le domande che figurano nella proposta d'assicurazione. È inoltre responsabile della conformità alle sue indicazioni delle risposte fornite da una terza persona o da un intermediario. La persona proponente deve autorizzare i terzi a consegnare a GMA SA tutta la documentazione e le informazioni di cui ha bisogno.
5. GMA SA si riserva il diritto di accettare o di rifiutare la proposta d'assicurazione, senza dover motivare la sua decisione.

Art. 4 Sottoscrizione del contratto e inizio della copertura assicurativa

1. Il contratto d'assicurazione è sottoscritto non appena il GMA SA comunica alla persona proponente che accetta la sua proposta.
2. La copertura assicurativa inizia alla data d'entrata in vigore confermata nella polizza d'assicurazione.

Art. 5 Reticenza

1. Se, quando ha risposto alle domande, la persona contraente ha taciuto o dichiarato in modo inesatto un fatto rilevante che conosceva o doveva conoscere (reticenza),

GMA SA ha il diritto di disdire il contratto entro quattro settimane da quando è venuto a conoscenza della reticenza.

2. La disdetta ha effetto dal momento in cui è recapitata alla persona contraente. L'assicuratore ha diritto al rimborso delle prestazioni concesse per i sinistri il cui verificarsi e/o la cui entità sono stati influenzati dall'oggetto della reticenza.
3. Il diritto dell'assicuratore a tale rimborso cade in prescrizione dopo un anno a decorrere dal giorno in cui le condizioni della reticenza sono state stabilite e, in ogni caso, dopo dieci anni dalla nascita di tale diritto.

Art. 6 Periodo d'assicurazione

1. Il periodo d'assicurazione corrisponde a un anno civile e va dal 1° gennaio al 31 dicembre.
2. In caso di sottoscrizione del contratto durante un anno civile, il periodo d'assicurazione va dalla data d'entrata in vigore confermata nella polizza d'assicurazione, fino alla fine dell'anno civile.

Art. 7 Durata e disdetta del contratto d'assicurazione

1. Il contratto è stipulato per la durata indicata nella polizza. Alla fine di tale durata, se non viene disdetto, il contratto si rinnova tacitamente di anno in anno.
2. Il contratto può essere disdetto individualmente dalla persona contraente o da GMA SA per la data di scadenza contrattuale indicata nella polizza e in seguito annualmente, in ogni caso con un preavviso di tre mesi.
3. Dopo ogni sinistro per il quale l'assicuratore versa una prestazione, la persona contraente ha il diritto di disdire il contratto al più tardi entro dieci giorni dopo essere venuto a conoscenza del pagamento del sinistro. Se la persona contraente disdice il contratto, l'assicurazione cessa di produrre i suoi effetti quattordici giorni dopo la notifica della disdetta a GMA SA. GMA SA conserva il suo diritto al premio per il periodo d'assicurazione in corso se la persona contraente disdice il contratto durante l'anno che segue l'entrata in vigore della copertura assicurativa.
4. Dopo ogni sinistro per il quale l'assicuratore versa una prestazione, GMA SA ha il diritto di disdire il contratto al più tardi al momento del pagamento del sinistro. Se GMA SA disdice il contratto, l'assicurazione cessa di produrre i suoi effetti quattordici giorni dopo la notifica della disdetta da parte di GMA SA.
5. Resta riservato il diritto di GMA SA di disdire il contratto in caso di frode o di tentata frode.
6. Il diritto di disdetta per violazione dell'obbligo d'informazione da parte di GMA SA prima della sottoscrizione del contratto cessa quattro settimane dopo che la persona contraente è venuta a conoscenza della violazione e delle informazioni, al più tardi tuttavia due anni dopo la violazione. La disdetta ha effetto dal momento in cui perviene a GMA SA.
7. In caso di riduzione del rischio ai sensi dell'articolo 28a LCA, la persona contraente può, con preavviso di un mese, disdire il contratto o chiedere la riduzione tariffaria corrispondente. Se GMA SA rifiuta di ridurre il premio o

se la persona contraente non è d'accordo con la riduzione tariffaria proposta, quest'ultima può disdire il contratto con preavviso di un mese dalla comunicazione da parte di GMA SA.

8. La persona contraente o l'assicuratore può disdire il contratto in qualunque momento, in caso di giusti motivi ai sensi dell'articolo 35b LCA.
9. Se il contratto d'assicurazione è disdetto o si estingue prima della scadenza, il premio è dovuto soltanto sino alla fine del contratto.
10. La persona contraente deve notificare la sua disdetta conformemente all'articolo 41 delle presenti condizioni generali.

Art. 8 Fine del contratto d'assicurazione

Il contratto d'assicurazione si estingue:

- a. al momento della disdetta del contratto d'assicurazione;
- b. se GMA SA recede dal contratto in seguito al mancato pagamento dei premi conformemente all'articolo 21 capoverso 1 LCA;
- c. in caso di trasferimento del domicilio all'estero, alla data di partenza notificata al comune o al cantone.

Art. 9 Scopo dell'assicurazione / coperture a scelta

1. Nei limiti e alle condizioni previste nel contratto, l'assicuratore risarcisce, in seguito a un sinistro assicurato, i danni risultanti dalla distruzione, dal deterioramento o dalla scomparsa di cose appartenenti all'inventario dell'economia domestica nel luogo del rischio assicurato.
2. L'assicurazione può essere sottoscritta per l'inventario dell'economia domestica del domicilio principale o per l'inventario dell'economia domestica di una residenza secondaria.
3. L'assicurazione d'economia domestica prevede due livelli di copertura (modulo di base):
 - Livello basic;
 - Livello plus.
4. Il Livello basic può essere completato con l'opzione «Furto semplice fuori dal luogo del rischio».
5. Il Livello plus può essere completato con le opzioni «Furto semplice fuori dal luogo del rischio», «Rottura vetri dello stabile» e «Terremoto».
6. La polizza d'assicurazione menziona l'estensione della copertura, le franchigie e le somme d'assicurazione scelte per le quali è accordata una protezione assicurativa.

Art. 9a Tipo d'assicurazione

1. La copertura d'assicurazione rientra nella categoria di assicurazioni di danni.
2. Le coperture d'assicurazione che rientrano nella categoria di assicurazioni di danni rimborsano i costi del danno effettivo subito, fino a concorrenza delle prestazioni assicurate.

Art. 10 Cose assicurate

1. Cose assicurate

- a. I beni mobili che servono all'uso privato di proprietà della persona contraente o delle persone che vivono nella stessa economia domestica con lui.
- b. Le cose in leasing, affittate o affidate.
- c. Gli animali domestici.
- d. Le costruzioni mobiliari.

2. Cose non assicurate

- I beni che si trovano in permanenza (vale a dire per più

di dodici mesi) fuori dal luogo del rischio.

- Gli attrezzi professionali di proprietà del datore di lavoro.
- I veicoli a motore, i rimorchi, i ciclomotori, le roulotte, le case mobili, compresi i loro accessori.
- I veicoli nautici e i loro accessori per i quali è prescritta un'assicurazione responsabilità civile obbligatoria e quelli che non vengono riportati regolarmente al luogo del rischio dopo l'uso; gli aeromobili che devono essere iscritti nella Matricola svizzera degli aeromobili.
- Gli oggetti assunti da un'assicurazione specifica.

Art. 11 Franchigia

1. Per il modulo di base, la persona contraente ha la possibilità di scegliere le varianti seguenti:
 - senza franchigia;
 - franchigia di Fr. 200.-;
 - franchigia di Fr. 500.-;per evento.
2. Conformemente alla legislazione, in caso di sinistro conseguente a danni della natura la persona avente diritto assume la franchigia indicata nella polizza per la copertura secondo l'articolo 15 capoverso 2 delle CGA.
3. L'importo della franchigia è detratto dall'indennità, con riserva di altre disposizioni contrattuali.

Art. 12 Luogo del rischio

1. Principio

La copertura assicurativa è valida nel luogo del rischio designato nella polizza. Per le cose assicurate che si trovano temporaneamente (al massimo per dodici mesi) fuori dal luogo del rischio, si applicano le disposizioni dell'articolo 20 delle CGA.

2. Trasloco

L'assicurazione è valida per la durata del trasloco e al nuovo domicilio in Svizzera. I cambiamenti di domicilio vanno comunicati a GMA SA entro trenta giorni. GMA SA ha il diritto di adeguare il premio alla nuova situazione.

3. Trasferimento del domicilio all'estero

In deroga all'articolo 2 capoverso 2 delle CGA, se la persona contraente trasferisce il proprio domicilio all'estero, l'assicurazione si estingue dalla data di partenza notificata al comune o al cantone.

Art. 13 Somme d'assicurazione

1. Principio

Le somme d'assicurazione convenute nella polizza servono da base per il calcolo del premio. Queste somme costituiscono il limite dell'indennità per sinistro.

2. Valore totale

La somma d'assicurazione deve corrispondere all'importo necessario per l'acquisto dei beni assicurati al loro valore a nuovo.

3. Primo rischio

In caso di assicurazione al primo rischio, la somma d'assicurazione convenuta è valida per evento assicurato e costituisce il limite dell'indennità.

Art. 14 Rischi e danni assicurati

1. L'inventario dell'economia domestica è assicurato contro i danni causati da:
 - incendio e eventi naturali;
 - furto;
 - acqua.
2. Per il Livello plus, la copertura include anche le prestazioni della «copertura estesa» ai sensi dell'articolo 23 delle CGA.

3. In caso di obbligo assicurativo per i rischi incendio e danni della natura presso un Istituto cantonale d'assicurazione, le coperture descritte nell'articolo 15 delle CGA non sono assicurate.

Art. 15 Incendio e danni della natura

L'assicuratore risarcisce i danni descritti di seguito fino a concorrenza della somma d'assicurazione convenuta per evento.

1. Incendio

Sono assicurati i danni dovuti:

- agli incendi;
- al fumo (azione repentina e accidentale);
- ai fulmini;
- alle esplosioni e alle implosioni;
- alla caduta di aeromobili, di meteoriti, di veicoli spaziali o di parti che se ne staccano.

Non sono tuttavia assicurati:

- i danni causati a oggetti esposti all'azione normale o graduale del fumo;
- le bruciature (con riserva di un'eventuale copertura secondo l'articolo 23 capoverso 4 delle CGA).

2. Danni della natura

1. Danni della natura assicurati

L'assicuratore si assume anche i danni dovuti agli eventi naturali seguenti:

- piene;
- inondazioni;
- tempeste (vento di almeno 75 km/h che sradica alberi o scoperchia i tetti delle case nelle vicinanze delle cose assicurate);
- grandine;
- valanghe;
- pressione della neve;
- frane;
- cadute di massi;
- scoscendimenti.

2. Danni della natura esclusi

Non è concessa alcuna copertura assicurativa per i danni seguenti:

- cedimenti del terreno;
- cattivo stato di un terreno da edificare;
- costruzione difettosa;
- manutenzione difettosa dello stabile;
- omissione di misure di prevenzione o di protezione;
- movimenti del terreno dovuti a lavori;
- scivolamento della neve dai tetti;
- acque sotterranee;
- crescita e straripamento di corsi d'acqua o di falde che, secondo esperienze precedenti, si ripetono.

A prescindere dalla causa, sono parimenti esclusi i danni:

- dovuti all'acqua di laghi artificiali o di altre installazioni idriche;
- dovuti al rigurgito delle acque delle canalizzazioni;
- causati da scosse dovute al crollo di cavità artificiali;
- ai battenti in acqua durante tempeste.

3. Franchigia

Conformemente alla legislazione, la persona avente diritto si assume la franchigia indicata nella polizza. L'importo della franchigia è detratto dall'indennità.

4. Limitazione della garanzia

- Se le indennità che tutti gli istituti d'assicurazione abilitati a operare in Svizzera devono versare a

una sola persona contraente per un evento assicurato superano 25 milioni di franchi, esse saranno ridotte a questo importo.

- Se le indennità che tutti gli istituti d'assicurazione abilitati a operare in Svizzera devono versare per un evento assicurato superano un miliardo di franchi, le indennità di pertinenza delle varie persone aventi diritto saranno ridotte in modo che non superino questo importo.
- Le indennità per i danni al mobilio e agli stabili non sono addizionate.
- Sono considerati danni causati da un solo evento i danni dovuti alla stessa causa di ordine atmosferico o tettonico, anche se avvengono in momenti e luoghi diversi.

Art. 16 Furto con scasso, rapina

In caso di furto con scasso o di rapina, l'assicuratore risarcisce i danni causati all'inventario dell'economia domestica e provati da tracce, testimoni o in altro modo probatorio, fino a concorrenza della somma d'assicurazione convenuta per evento.

1. Scasso

Furto o tentativo di furto perpetrato da persone che si introducono per effrazione:

- in uno stabile;
- in uno dei suoi locali; solo il contenuto di questi locali è assicurato;
- o vi scassinano un mobile o un veicolo; solo il contenuto di questo mobile o di questo veicolo è assicurato.

2. Rapina

Furto commesso con atti o minacce di violenza contro la persona contraente, le persone viventi nella sua stessa economia domestica o che lavorano nella sua economia domestica, come pure il furto perpetrato in stato di incapacità di difesa delle persone assicurate in seguito a infortunio, svenimento o decesso.

I furti commessi impiegando chiavi regolari o codici sono assimilati alla rapina se il ladro se li è procurati mediante furto con scasso o rapina.

Al contrario, i furti commessi da borsaioli o con destrezza sono considerati furto semplice e sono dunque esclusi (con riserva di un'eventuale copertura secondo l'articolo 17 o 24 capoverso 1 delle CGA).

3. Gioielli

- L'indennità è limitata al 20% della somma d'assicurazione, ma al massimo a Fr. 30'000.- quando i gioielli non sono conservati in una cassaforte di almeno 100 kg o in una cassaforte murata.
- La limitazione della somma viene a cadere se la cassaforte o la cassaforte murata è chiusa a chiave e le persone responsabili delle chiavi le portano con sé o le hanno chiuse in una cassaforte o una cassaforte murata di qualità uguale. Le stesse disposizioni sono applicabili per la chiave di quest'ultima cassaforte. Queste regole sono applicabili per analogia alla conservazione del codice per le chiusure a combinazione.
- Gli orologi da polso e da tasca di valore superiore a Fr. 5000.- al pezzo sono considerati gioielli.

4. Danneggiamenti dello stabile

L'assicurazione risarcisce i danni causati allo stabile in occasione di un furto con scasso o di un tentativo provato di furto con scasso al luogo del rischio. Il danno è indennizzato solo nella misura in cui il proprietario dello stabile non possa rivendicare un'indennità o una riparazione integrale del danno presso un altro assicuratore.

5. Esclusioni

Oltre alle esclusioni generali menzionate nell'articolo 25 delle CGA, non è concessa alcuna copertura assicurativa per:

- il vandalismo, i disordini civili, i conflitti di lavoro, gli attentati terroristici (con riserva di un'eventuale copertura secondo l'articolo 23 cpv. 2 delle CGA);
- l'utilizzo illegale di carte di credito e di debito;
- il furto in veicoli che si trovano all'esterno di uno stabile (con riserva di un'eventuale copertura secondo l'articolo 17 o 24 capoverso 1 delle CGA);
- i danni causati da persone che vivono nella stessa economia domestica con la persona contraente, da ospiti o dal personale, nella misura in cui le funzioni a esse assegnate abbiano dato loro l'occasione di accedere al luogo del rischio;
- i danni conseguenti all'incendio e agli eventi naturali.

Art. 17 Furto semplice al luogo del rischio

L'assicuratore risarcisce il furto che non costituisce né uno scasso né una rapina fino a concorrenza della somma d'assicurazione convenuta per evento.

I furti commessi da borsaioli o con destrezza sono considerati furto semplice. La copertura è accordata anche nei veicoli che si trovano nel luogo del rischio.

1. Residenza secondaria

Se il luogo del rischio designato nella polizza è una residenza secondaria, la copertura «furto semplice» è accordata soltanto se il luogo del rischio è abitato.

2. Gioielli

1. L'indennità è limitata al 20% della somma d'assicurazione, ma al massimo a Fr. 30'000.-.
2. Gli orologi da polso e da tasca di valore superiore a Fr. 5000.- al pezzo sono considerati gioielli.

3. Esclusioni

Oltre alle esclusioni generali menzionate nell'articolo 25 delle CGA, non sono inclusi in questa copertura:

- la perdita o l'abbandono di oggetti per distrazione;
- i valori pecuniari;
- il vandalismo, i disordini civili, i conflitti di lavoro, gli attentati terroristici;
- il furto semplice fuori dal luogo del rischio (con riserva di un'eventuale copertura secondo l'articolo 24 capoverso 1 CGA);
- l'utilizzo illegale di carte di credito e di debito;
- i danni causati da persone che vivono nella stessa economia domestica con la persona contraente, da ospiti o dal personale, nella misura in cui le funzioni a esse assegnate abbiano dato loro l'occasione di accedere al luogo del rischio;
- i danni conseguenti all'incendio e agli eventi naturali.

Art. 18 Danni delle acque

1. L'assicuratore risarcisce i danni descritti di seguito fino a concorrenza della somma d'assicurazione convenuta per evento.

a. Condotte e diversi

La fuoriuscita di acqua e altri liquidi da condotte, installazioni e apparecchi a esse collegati, da acquari, fontane ornamentali e materassi ad acqua, qualunque sia la causa della fuoriuscita.

b. Gelo

Le spese risultanti dal disgelo e dalla riparazione delle installazioni d'acqua e degli apparecchi che vi sono collegati - danneggiati dal gelo - installati all'interno dello

stabile dalle persone assicurate in quanto locatari.

c. Pioggia e neve

Le infiltrazioni dell'acqua piovana, dovute allo scioglimento della neve o del ghiaccio se l'acqua è penetrata nello stabile attraverso il tetto (cupole comprese), dalle grondaie, dai tubi di scarico esterni o da balconi e terrazze.

Non sono tuttavia inclusi in questa copertura i danni in seguito a infiltrazioni d'acqua:

- da soglie e telai difettosi di porte, portefinestre e finestre, nonché da acqua penetrata da porte, abbaini, portefinestre aperte;
- da aperture praticate sul tetto durante i lavori di trasformazione o altri lavori.

d. Rigurgito

Il rigurgito di acqua all'interno dello stabile.

e. Falda freatica

L'acqua proveniente da falde freatiche all'interno dello stabile.

f. Riscaldamento

La fuoriuscita di acqua o altri liquidi provenienti da installazioni di riscaldamento.

2. Non sono tuttavia inclusi in questa copertura i danni conseguenti all'incendio e agli eventi naturali.

Art. 19 Spese risultanti da un danno assicurato

L'assicuratore risarcisce le spese, le perdite di reddito e le cose descritte di seguito:

- fino a concorrenza del 5% della somma d'assicurazione per il Livello basic;
- fino a concorrenza del 20% della somma d'assicurazione per il Livello plus.

La somma d'assicurazione è intesa per caso di sinistro.

a. Spese di sgombero

Le spese di sgombero dei resti di cose assicurate, il loro trasporto, il deposito e l'eliminazione nel luogo appropriato più vicino.

b. Spese di ricostituzione

- Le spese di ricostituzione di documenti, quali i passaporti, o di creazione di un duplicato;
- le spese di annullamento e di ricostituzione di carte di credito e di debito.

c. Spese per il cambiamento delle serrature

Le spese per il cambiamento di serrature e di chiavi del luogo del rischio o di cassette di sicurezza bancarie affittate a uso privato.

d. Spese per riparazioni provvisorie

Le spese per il montaggio di vetri di fortuna, porte e serrature provvisorie.

e. Spese di rialloggio e spese domestiche supplementari

Le spese risultanti dall'impossibilità di utilizzare i locali danneggiati, previa deduzione delle spese risparmiate.

f. Spese funerarie

Le spese funerarie in relazione con un sinistro assicurato saranno rimborsate alle persone che proveranno di averle sostenute. Questa copertura è complementare all'intervento di un eventuale assicuratore sociale.

g. Spese di sostegno psicologico

Le spese per il sostegno psicologico dispensato da un medico o uno psicologo diplomato in relazione con un sinistro assicurato. Questa copertura è complementare all'intervento di un eventuale assicuratore sociale. Le franchigie, le partecipazioni ai costi e le deduzioni legali non sono rimborsate.

h. Perdita di reddito di subaffitto

Le perdite di reddito provocate dall'impossibilità di occupare i locali subaffittati in seguito a un danno assicurato, previa deduzione delle spese risparmiate.

i. Attrezzi professionali

Gli attrezzi professionali appartenenti alla persona contraente o a persone che vivono in comunione domestica con lui. Questa copertura è valida soltanto nel luogo del rischio.

j. Effetti personali degli ospiti

Gli effetti personali degli ospiti che si trovano nel luogo del rischio. I valori pecuniari sono coperti dalla copertura «Valori pecuniari» ai sensi dell'articolo 21 delle CGA.

Art. 20 Prestazioni fuori dal luogo del rischio

1. Quando le cose assicurate si trovano temporaneamente (al massimo dodici mesi) fuori dal luogo del rischio, in Svizzera o all'estero, l'assicuratore risarcisce i danni:
 - fino a concorrenza del 5% della somma d'assicurazione per il Livello basic;
 - fino a concorrenza del 20% della somma d'assicurazione per il Livello plus.La somma d'assicurazione si intende per caso di sinistro.
2. Per i valori pecuniari, si applicano le disposizioni dell'articolo 21 capoverso 3 delle CGA.

Art. 21 Valori pecuniari

1. Principio

L'assicurazione rimborsa i valori pecuniari dello stipulante, delle persone viventi in comunione domestica con lui e degli ospiti nell'ambito di un evento assicurato:

- fino a concorrenza di Fr. 1000.– per caso per il Livello basic;
- fino a concorrenza di Fr. 5000.– per caso per il Livello plus.

2. Definizione

Denaro, carte valori (compresi i biglietti della lotteria) e libretti di risparmio, assegni di viaggio, monete e medaglie, metalli preziosi grezzi, pietre preziose e perle non incastonate, carte di cliente e carte di credito, tessere telefoniche, carte prepagate per cellulari, titoli di trasporto (abbonamenti inclusi), vignette autostradali, biglietti d'aereo e voucher (buoni che possono essere scambiati con biglietti d'aereo, prenotazioni in un albergo o altre prestazioni già pagate; i buoni regalo sono considerati come voucher), assegni, pezze giustificative di carte di credito compilate validamente e firmate da persone autorizzate.

3. Esclusioni

Non sono tuttavia assicurati i valori pecuniari degli ospiti che si trovano fuori dal luogo del rischio.

Art. 22 Home Assistance

Nell'ambito del programma «Vaudoise Assistance», l'assicuratore fornisce alla persona contraente e alle persone che vivono nella sua stessa economia domestica le prestazioni seguenti in collaborazione con un partner (qui di seguito «fornitore di assistenza»).

1. Regole da osservare in caso di richiesta di assistenza

Per consentire al fornitore di assistenza di intervenire 24 ore su 24, occorre:

- notificare il caso telefonicamente immediatamente al numero **0800 808 222**;
- ottenere l'accordo preventivo del fornitore di assistenza prima di prendere qualsiasi iniziativa o di assumere qualsiasi spesa;

- conformarsi alle soluzioni preconizzate dal fornitore di assistenza;
- fornire a GMA SA tutte le pezze giustificative originali delle spese di cui si chiede il rimborso.

2. Validità territoriale

Le prestazioni d'assistenza sono erogate in Svizzera, nel luogo del rischio assicurato, ai sensi dell'articolo 12 capoverso 1 delle CGA.

3. Eventi assicurati

1. La copertura si applica se la persona assicurata si trova in una situazione di necessità:
 - a. in seguito a un incendio (compresi i danni dovuti all'azione repentina e accidentale del fumo, escluso l'effetto progressivo di quest'ultimo, i fulmini, le esplosioni, le implosioni, i danni della natura e la caduta di aeromobili), a danni delle acque, a un furto o a un tentativo di furto con scasso, a un atto di vandalismo conseguente a un furto con scasso, alla rottura di vetri al domicilio assicurato nell'ambito del contratto d'assicurazione;
 - b. in caso di furto o di perdita delle chiavi del luogo del rischio assicurato;
 - c. in caso di guasto al riscaldamento o all'impianto elettrico, se la persona assicurata è proprietaria dello stabile o proprietaria per piano. Il fornitore di assistenza interviene anche se la persona assicurata è locatario, nella misura in cui il guasto si produca all'interno dei locali affittati. I guasti a elettrodomestici, TV, impianti hi-fi e video non sono coperti.
2. Sono considerate situazioni di necessità, le situazioni per cui è necessaria un'azione immediata per evitare un danno considerevole.

4. Prestazioni assicurate

1. Invio di fornitori di prestazioni

Il fornitore di assistenza cerca e invia il fornitore di prestazioni specializzato (idraulico, vetraio, elettricista, addetto ai riscaldamenti, fabbro) in grado di intervenire il più rapidamente possibile per adottare misure conservative ed effettuare le riparazioni d'urgenza necessarie.

2. Custodia

Se, in seguito a un evento assicurato ai sensi dell'articolo 22 capoverso 3 delle CGA, il domicilio deve essere sorvegliato per evitare il furto dei beni sul posto, la copertura si estende all'organizzazione e alla presa a carico della custodia dei locali.

5. Spese prese a carico

L'importo totale delle prestazioni garantite dall'assicuratore è di Fr. 1000.– per evento e include:

- a. le spese di trasferta del fornitore di prestazioni;
- b. le riparazioni d'emergenza;
- c. l'eventuale custodia del domicilio.

6. Informazione viaggi

Prima di partire in viaggio, il fornitore di assistenza fornisce agli assicurati le informazioni sulle formalità d'entrata nel paese di destinazione, i titoli doganali necessari (passaporti, visti ecc.), le vaccinazioni e le rappresentanze diplomatiche.

7. Esclusioni

1. Il fornitore di assistenza non può in nessun caso sostituirsi agli enti di soccorso locali.
2. Non sono inoltre inclusi nella copertura Home Assistance:
 - le spese assunte senza l'accordo del fornitore di assistenza e/o non espressamente previste dalle presenti condizioni generali;
 - le spese non giustificate da documenti originali;
 - le conseguenze di atti intenzionali o dolosi da par-

te della persona assicurata o di tentativi di suicidio;

- i sinistri ripetitivi causati dal mancato ripristino del domicilio dopo un primo intervento del fornitore di assistenza;
- le spese di ristorante (pasti e bibite) e telefoniche.

8. Circostanze eccezionali

1. Uno sciopero non costituisce una ragione per attivare i servizi «del fornitore di assistenza» e non dà diritto a all'assunzione di eventuali costi.
2. Il fornitore di assistenza, l'assicuratore o GMA SA non possono essere ritenuti responsabili di lacune nell'esecuzione di prestazioni in seguito a eventi come:
 - conflitto civile o guerra;
 - instabilità politiche note, sommosse, atti di terrorismo, movimenti popolari, rappresaglie;
 - restrizione alla libera circolazione delle persone e dei beni, nominativa o generale;
 - eruzioni vulcaniche, terremoti, frane, scoscendimenti, valanghe, tempeste, cicloni, inondazioni, piene;
 - disintegrazione dell'atomo;
 - altri casi di forza maggiore, ritardi nell'esecuzione risultanti dalle stesse cause.

9. Surrogazione

Il fornitore di assistenza è surrogato, a concorrenza delle indennità pagate e dei servizi da lui forniti, nei diritti e nelle azioni della persona assicurata contro qualsiasi persona responsabile.

10. Doppia assicurazione

Se per la stessa causa una persona assicurata ha già chiesto prestazioni derivanti da un altro contratto d'assistenza, le prestazioni sono accordate a titolo sussidiario per la parte delle prestazioni che eccede quelle del fornitore di assistenza al quale si è fatto ricorso per primo.

Art. 23 Prestazioni allargate (Livello plus)

Copertura estesa

Optando per il Livello plus, la copertura assicurativa si estende alle prestazioni seguenti.

1. Rottura dei vetri del mobilio

1. Principio

L'assicuratore risarcisce fino a concorrenza di Fr. 2'000.– per evento i danni causati dalla rottura di:

- a. vetri del mobilio, compresi il plexiglas e altri materiali simili;
- b. pannelli di tavoli in pietra naturale o artificiale e piani di cottura in vetroceramica appartenenti alle cose assicurate;
- c. vetri e specchi amovibili;
- d. vetri dei pannelli solari mobili.

2. Pitture e diversi

A seguito di un sinistro rottura vetri, l'assicuratore assume anche le spese di ricostituzione di pitture, iscrizioni, decorazioni e incisioni.

3. Esclusioni

Non sono tuttavia inclusi in questa copertura i danni:

- ai vetri dello stabile, alle installazioni sanitarie e alle insegne luminose (con riserva di un'eventuale copertura secondo l'articolo 24 capoverso 2 delle CGA);
- causati da scalfitture, scheggiature o scintille di saldatura sulla superficie, alla levigatura o alla tinteggiatura e quelli causati all'argentatura;
- dovuti all'applicazione di qualsiasi vernice a strati densi o causati da vernici scure che rivestono i

vetri assicurati;

- conseguenti all'impiego di apparecchi che producono calore;
- ai vetri concavi, alle lampade di ogni genere, alle lampadine elettriche, ai tubi luminosi e ai neon;
- agli schermi di ogni materiale elettronico;
- a specchi portatili, vetri ottici, stoviglie;
- conseguenti all'incendio e agli eventi naturali.

2. Vandalismo

1. Rischi assicurati

L'assicuratore risarcisce fino a concorrenza di Fr. 2'000.– per evento l'inventario dell'economia domestica in caso di danno risultante direttamente da:

- a. vandalismo o atti dolosi;
- b. tumulti;
- c. un conflitto di lavoro;
- d. un attentato terroristico;
- e. una collisione;
- f. morsi di faine.

2. Esclusioni

Non sono tuttavia assicurati i danni causati in seguito ad atti dolosi da parte della persona contraente, delle persone che vivono nella sua stessa economia domestica, dei suoi dipendenti, nella misura in cui le funzioni a essi assegnate abbiano dato loro l'occasione di accedere al luogo del rischio, e degli ospiti.

3. Particolarità per il rischio «Collisione»

Sono assicurati i danni provocati accidentalmente in seguito a una collisione con:

- veicoli terrestri, gru o altri dispositivi di sollevamento, come pure il loro carico;
- parti di stabili vicini;
- alberi o rami che se ne staccano e piloni. Questa copertura è concessa a titolo complementare, ossia dopo l'intervento di un altro assicuratore che vi sia tenuto.

Non sono tuttavia assicurati i danni dovuti a eventi naturali.

4. Particolarità per il rischio «Morsi di faine»

La copertura è concessa anche per i morsi di roditori come topi o ratti non posseduti a titolo privato.

5. Obblighi specifici

In caso di sinistro, la persona contraente o le persone che vivono nella sua stessa economia domestica si impegnano a promuovere la procedura necessaria presso le autorità competenti per ottenere l'indennizzo dei danni. L'indennità ottenuta da un altro assicuratore o da terzi dovrà essere restituita all'assicuratore nella misura in cui questo versamento copra tutte o parte delle indennità che l'assicuratore ha pagato per lo stesso evento.

3. Prodotti surgelati

1. Principio

L'assicuratore risarcisce fino a concorrenza di Fr. 2'000.– per evento i danni alle derrate destinate all'uso privato provocati dallo scongelamento dovuto a un guasto imprevisto di un'installazione di congelamento.

2. Esclusioni

Non sono tuttavia assicurati i danni dovuti all'incendio, alla natura, al furto e all'acqua.

4. Bruciacchiature

1. Principio

L'assicuratore risarcisce fino a concorrenza di Fr. 2'000.– per evento i danni dovuti a bruciacchiature alle cose assicurate.

2. Esclusioni

Non sono tuttavia assicurati i danni a oggetti esposti volontariamente al fuoco o al calore.

5. Danni causati dall'energia elettrica

1. Principio

L'assicuratore risarcisce fino a concorrenza di Fr. 2'000.– per evento i danni provocati dall'energia elettrica, come sovratensione, riscaldamento causato da un sovraccarico e corto circuito.

2. Cose assicurate

La copertura si estende:

- a. a macchine, apparecchi, cavi e installazioni elettriche appartenenti all'economia domestica;
- b. all'elettrocuzione di animali domestici.

3. Danni assicurati

Le spese di riparazione sono tuttavia limitate al valore a nuovo dell'apparecchio o dell'installazione danneggiata.

4. Oggetto in garanzia

Durante il periodo di garanzia, la copertura è concessa solo se la persona contraente non può far valere pretese nei confronti del fornitore/venditore.

5. Esclusioni

Non sono tuttavia assicurati:

- le linee e le condotte elettriche appartenenti allo stabile;
- i danni causati dai fulmini.

6. Casco

1. Principio

L'assicuratore risarcisce fino a concorrenza di Fr. 2'000.– per evento i danni alle cose assicurate nel e fuori dal luogo del rischio.

2. Danni assicurati

Sono assicurati i deterioramenti o le distruzioni che si verificano all'improvviso e in modo imprevisto e che sono la conseguenza di una causa esterna, vale a dire dovuti all'azione di una forza esterna.

3. Indennizzo

- Per gli oggetti fino a 36 mesi di vita, l'assicuratore indennizza il valore a nuovo;
- a partire dal 37° mese, l'indennizzo è calcolato al valore attuale (ossia il valore a nuovo con deduzione di un ammortamento).

4. Esclusioni

Non sono tuttavia assicurati:

- i danni causati dalle proprietà naturali della merce, dall'usura naturale, da un imballaggio difettoso o da insetti nocivi;
- i danni dovuti ad appropriazione indebita;
- gli oggetti dimenticati;
- i gioielli, gli orologi, gli oggetti d'arte e le pellicce;
- i danni alle biciclette elettriche;
- i danni agli animali;
- i danni alle derrate alimentari;
- i valori pecuniari;
- i danni per i quali il venditore, il noleggiatore, la ditta che esegue la manutenzione o le riparazioni è responsabile legalmente o contrattualmente, in particolare in virtù di un contratto di manutenzione;
- i danni dovuti a difetti che erano o dovevano essere conosciuti dallo stipulante o dalle persone viventi in comunione domestica con lui;
- le perdite di dati che non sono conseguenza di un danno materiale.

5. Sussidiarietà

Questa copertura interviene a titolo sussidiario alle prestazioni di un'altra assicurazione.

6. Spese

Eventuali spese legate a un evento assicurato sono comprese nella somma d'assicurazione convenuta.

Art. 24 Estensioni opzionali della copertura

Se la polizza lo dispone esplicitamente, sono assicurate una o più coperture definite nell'articolo 24 capoversi 1-3 delle CGA.

1. Furto semplice fuori dal luogo del rischio

1. Principio

In deroga parziale all'articolo 17 delle CGA, l'assicuratore risarcisce il furto semplice fuori dal luogo del rischio fino a concorrenza della somma d'assicurazione convenuta per evento.

2. Definizione

Il furto semplice è un furto che non costituisce né uno scasso né una rapina. I furti commessi da borsaioli o con destrezza sono considerati furto semplice. La copertura è accordata anche nei veicoli che si trovano fuori dal luogo del rischio.

3. Esclusioni

- La perdita o l'abbandono di oggetti per distrazione non sono considerati furto semplice;
- i valori pecuniari e l'appropriazione indebita;
- l'abuso di carte di credito e di debito;
- per il «Livello basic», è escluso anche il furto di biciclette fuori dal luogo del rischio.

2. Rottura dei vetri dello stabile

1. Principio

L'assicuratore rimborsa fino a concorrenza della somma d'assicurazione convenuta per evento i danni causati dalla rottura di:

- a. vetri e cupole di stabili, compresi quelli in plexiglas o in altri materiali simili;
- b. pannelli solari fissati allo stabile;
- c. pannelli di tavoli e piani di lavoro di cucina in pietra naturale o artificiale e piani di cottura in vetroceramica fissi allo stabile;
- d. vetri di serre e di ripari per piscine;
- e. specchi stradali appartenenti alla persona contraente che servono lo stabile assicurato;
- f. insegne e lanterne pubblicitarie;
- g. lavabi e lavandini con relativo ripiano, vasi di gabinetti, bidè, vasche della doccia, vasche da bagno, compresi gli accessori e le armature necessari (esclusi i danni allo smalto).

2. Pitture e diversi

A seguito di un sinistro rottura dei vetri, l'assicuratore assume anche le spese di ricostituzione di pitture, iscrizioni, decorazioni e incisioni.

3. Spese

Le spese seguenti sono comprese nella copertura:

- le spese di sgombero (ossia le spese per lo sgombero dei resti di cose assicurate, il loro trasporto, il deposito e l'eliminazione nel luogo appropriato più vicino);
- le spese per le riparazioni provvisorie (ossia le spese per il montaggio di vetri di fortuna).

4. Esclusioni

Oltre alle esclusioni generali menzionate nell'articolo 25 delle CGA, non è accordata alcuna copertura assicurativa per i danni:

- risultanti da lavori ai vetri o alle loro intelaiature;

- causati da scalfitture, scheggiature o scintille di saldatura sulla superficie, alla levigatura o alla tinteggiatura e quelli causati all'argentatura;
- dovuti all'applicazione di qualsiasi vernice a strati densi o causati da vernici scure che rivestono i vetri assicurati;
- conseguenti all'impiego di apparecchi che producono calore;
- risultanti dall'usura di lavabi, lavandini, vasi di gabinetti, vasche da bagno, vasche della doccia e bidè;
- all'equipaggiamento elettrico e meccanico di gabinetti automatici (motori, cavi ecc.);
- ai vetri concavi, alle lampade di ogni genere, alle lampadine elettriche, ai tubi luminosi e ai neon;
- conseguenti all'incendio e agli eventi naturali.

3. Terremoti / eruzioni vulcaniche

In deroga all'articolo 25 delle CGA, sono assicurati fino a concorrenza della somma d'assicurazione convenuta per evento la distruzione, il deterioramento o la scomparsa causati da terremoti o eruzioni vulcaniche.

1. Definizione – terremoto

Sono reputati terremoti le scosse provocate da processi tettonici subiti dagli strati geologici nella crosta terrestre e dalla superficie della terra. Le scosse dovute alla costruzione o alla perforazione di gallerie sotterranee non sono considerate terremoti. In caso di dubbio, fa stato il parere del servizio sismico svizzero.

2. Definizione – eruzioni vulcaniche

Sono reputate eruzioni vulcaniche i fenomeni come le colate di lava, la pioggia di ceneri o le nubi di gas formate dall'emissione violenta o no di magma.

3. Definizione dell'evento

Tutti i terremoti e/o le eruzioni vulcaniche che si verificano entro 168 ore dopo la prima scossa o eruzione che ha provocato danni costituiscono un solo sinistro. Sono coperti tutti i sinistri il cui inizio cade nel periodo contrattuale.

4. Esclusioni

Non sono assicurati i danni causati dalle acque di bacini artificiali.

5. Disdetta

In deroga parziale all'articolo 7 CGA, questa copertura dei terremoti e delle eruzioni vulcaniche può essere disdetta dalle due parti per la fine di un periodo d'assicurazione con un preavviso di un mese.

Art. 25 Esclusioni generali

1. Sono escluse le cose e le spese seguenti:
 - le cose e le spese che sono o devono essere assicurate presso un Istituto cantonale d'assicurazione;
 - le spese causate dall'intervento di corpi ufficiali di pompieri, di polizia o di altri organi obbligati a prestare soccorso;
 - le cose per le quali è stata stipulata un'assicurazione speciale.
2. Sono altresì esclusi, a meno che la persona contraente non provi che il sinistro non è in alcun rapporto con questi eventi, i danni:
 - verificatisi durante eventi bellici, violazioni della neutralità, rivoluzioni e ribellioni;
 - causati direttamente o indirettamente dall'irradiazione nucleare o ionizzante, da una reazione nucleare o da una contaminazione radioattiva;
 - dovuti all'acqua dei laghi artificiali, a prescindere dalla loro causa;
 - verificatisi in occasione di atti di vandalismo, tumulti, conflitti di lavoro, attentati terroristici e collisioni (con

riserva di un'eventuale copertura per il Livello plus secondo l'articolo 23 capoverso 2 delle CGA);

- dovuti a terremoti (scosse provocate da processi tettonici nella crosta terrestre), con riserva di un'eventuale copertura secondo l'articolo 24 capoverso 4 delle CGA;
- dovuti a eruzioni vulcaniche (con riserva di un'eventuale copertura secondo l'articolo 24 capoverso 4 delle CGA).

Art. 26 Pagamento dei premi

1. I premi sono pagabili in Svizzera annualmente in anticipo.
2. Essi possono pure essere pagati a rate semestrali, trimestrali o mensili. In questo caso, l'importo annuo dei premi è scagionato e differito.
3. Il periodo di fatturazione dei premi è di almeno un mese, ad eccezione del mese in cui inizia o finisce l'adesione.

Art. 27 Diffida, messa in mora ed esecuzione

1. Se il premio non viene pagato alla scadenza convenuta, il debitore sarà diffidato per iscritto e a sue spese a effettuare il pagamento entro quattordici giorni dall'invio della diffida, che menzionerà le conseguenze del ritardo. Se il termine trascorre infruttuosamente, l'obbligo di prestazione cessa una volta scaduto il termine della diffida.
2. Le persone assicurate non possono pretendere prestazioni per sinistri in relazione con eventi verificatisi durante la sospensione dell'obbligo di prestazione, anche se il premio nel frattempo viene pagato.
3. Se avvia una procedura di esecuzione nei confronti dello stipulante, il GMA SA può esigere che egli paghi le spese amministrative.

Art. 28 Modifica della tariffa dei premi

1. Il GMA SA può adattare la tariffa dei premi e le franchigie per il periodo d'assicurazione successivo.
2. Il GMA SA deve notificare allo stipulante le nuove disposizioni del contratto, al più tardi trenta giorni prima della fine del periodo d'assicurazione. In questo caso, lo stipulante ha il diritto di disdire il suo contratto per la fine del periodo d'assicurazione in corso entro un termine di trenta giorni dalla ricezione della polizza o della comunicazione della modifica. La disdetta deve pervenire al GMA SA entro trenta giorni, al più tardi tuttavia l'ultimo giorno dell'anno assicurativo.
3. Se lo stipulante non disdice il contratto, le modifiche dei premi sono considerate accettate.
4. Se l'autorità federale o un'autorità cantonale, sulla base di una copertura regolata da una disposizione legale, decreta un cambiamento di premio, il GMA SA può procedere al relativo adeguamento del contratto. In questo caso, il diritto di disdetta non è applicabile.

Art. 29 Adeguamento delle condizioni d'assicurazione

1. Il GMA SA ha il diritto di adeguare le condizioni d'assicurazione.
2. Le nuove condizioni si applicano se vengono adeguate nel corso della validità dell'assicurazione.
3. Il GMA SA comunica per iscritto questi adeguamenti agli stipulanti. Gli stipulanti non disposti ad accettare questi adeguamenti possono disdire il contratto per la data dell'adeguamento. Se il GMA SA non riceve alcuna disdetta entro trenta giorni dalla comunicazione dell'adeguamento, le

nuove condizioni sono considerate accettate.

4. Se l'autorità federale o un'autorità cantonale, sulla base di una copertura regolata da una disposizione legale, decreta un cambiamento di franchigia, dei limiti dell'indennità o della copertura, il GMA SA può procedere al relativo adeguamento del contratto. In questo caso, il diritto di disdetta non è applicabile.

Art. 30 Notifica di un sinistro

1. La persona contraente deve notificare a GMA SA immediatamente dopo che si è verificato o che è stato constatato, qualsiasi sinistro le cui conseguenze prevedibili possono concernere l'assicurazione.

In caso di necessità

Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA

Prestazioni Patrimonio

Rue des Cèdres 5 – Casella postale – 1919 Martigny

N° telefono 0848 803 222

sinistrip Protect@groupemutuel.ch

2. GMA SA, dopo le verifiche preliminari, trasmette il caso all'assicuratore che, da quel momento, è in contatto diretto con la persona assicurata.
3. L'assicuratore effettua la verifica finale della copertura e, se essa è accordata, assume la gestione del caso.

Art. 31 Obblighi in caso di sinistro

1. La persona contraente o la persona avente diritto deve giustificare le pretese e fare tutto il possibile per conservare e preservare le cose assicurate e per contenere il danno.
2. In caso di furto, di tentato furto, di atti dolosi o di disordini civili, la persona contraente o la persona avente diritto deve informare la polizia e non modificare o cancellare le tracce senza il suo accordo.
3. La persona contraente o la persona avente diritto deve collaborare con l'assicuratore nell'indagine sui fatti e nell'accertamento della prova del danno.
4. Salvo in caso di necessità, la persona contraente o la persona avente diritto non deve prendere alcuna misura concernente il danno senza l'accordo dell'assicuratore.
5. La persona contraente o la persona avente diritto è tenuta a fornire all'assicuratore qualsiasi informazione e documentazione utile, a richiederle a terzi all'attenzione dell'assicuratore, ad autorizzare terzi per iscritto a fornire all'assicuratore le relative informazioni e la documentazione corrispondente. L'assicuratore ha inoltre il diritto di effettuare autonomamente inchieste in merito.

Art. 32 Violazione degli obblighi in caso di sinistro

1. Le persone assicurate si assumono tutte le conseguenze di una violazione colposa dell'obbligo di notifica.
2. Se una persona assicurata viola in modo colposo uno dei suoi obblighi contrattuali, l'assicuratore è liberato da ogni obbligo nei suoi confronti.

Art. 33 Gestione dei casi di sinistro

L'assicuratore interviene in caso di sinistro solo nella misura in cui le pretese oltrepassino l'eventuale franchigia convenuta.

Art. 34 Valutazione del danno

1. La persona avente diritto deve provare l'entità del danno. La somma assicurata non costituisce una prova né dell'esistenza né del valore delle cose assicurate al momento del sinistro.
2. La valutazione del danno è fatta dalle parti stesse, mediante un perito comune oppure mediante procedura di valutazione. Ognuna delle parti può esigerne l'applicazione.
3. Nell'assicurazione per conto altrui, l'assicuratore si riserva il diritto di valutare il danno esclusivamente con la persona contraente.
4. L'assicuratore non è obbligato ad assumere cose salvate o danneggiate.
5. L'assicuratore si riserva il diritto di fornire una prestazione in natura.

Art. 35 Procedura peritale

1. Ciascuna parte designa un perito e i due periti scelgono un arbitro prima di avviare la valutazione del danno.
2. Se i periti sono d'accordo, la loro constatazione vincola la persona contraente e l'assicuratore. Se le conclusioni differiscono, l'arbitro decide in merito ai punti contestati, nei limiti dei due rapporti dei periti.
3. Ciascuna parte si assume le spese del proprio perito.
4. Le spese dell'arbitro sono suddivise a metà.

Art. 36 Indennità

L'assicuratore rimborsa il valore di sostituzione in funzione delle particolarità menzionate di seguito.

1. Valore di sostituzione

L'indennità è calcolata sulla base dell'importo necessario per sostituire le cose danneggiate con oggetti nuovi al momento del sinistro (valore a nuovo), previa deduzione del valore dei resti.

2. Danni parziali

Per i danni parziali, l'assicuratore rimborsa le spese effettive di riparazione, tuttavia al massimo il valore di un nuovo acquisto.

3. Valore affettivo

Un valore affettivo non è preso in considerazione.

4. Spese per ridurre il danno

Sono rimborsate anche le spese per ridurre il danno. Se tali spese e l'indennità superano la somma d'assicurazione, il rimborso è concesso solo se si tratta di spese ordinate dall'assicuratore.

5. Oggetti ritrovati

La persona avente diritto deve rimborsare l'indennità che gli è stata versata per gli oggetti ritrovati (previa detrazione di un importo da determinare per un eventuale perdita di valore) o mettere questi ultimi a disposizione dell'assicuratore.

6. Pagamento

1. L'indennità è esigibile trenta giorni dopo che l'assicuratore ha ricevuto le informazioni necessarie per la determinazione dell'importo del danno.
2. L'obbligo di effettuare il pagamento è differito fintanto che una colpa di una persona assicurata impedisce di stabilire o pagare l'indennità.
3. In particolare, l'indennità non è dovuta fintanto che:
 - la persona assicurata è oggetto di un'inchiesta di polizia o di un'istruttoria penale in relazione al sinistro e la procedura non è terminata;
 - esistono dubbi sulla legittimità della persona avente diritto a ricevere il pagamento.

Art. 37 Sottoassicurazione

Se la somma assicurata è inferiore al valore di sostituzione (sottoassicurazione), il danno viene risarcito solo nella proporzione esistente tra la somma assicurata e il valore a nuovo.

1. Somme assicurate

L'indennità è limitata alla somma d'assicurazione secondo la polizza. Per le estensioni di copertura, le indennità sono pagate in aggiunta alla somma d'assicurazione degli oggetti coperti nella polizza. Nell'assicurazione al primo rischio, il danno viene risarcito fino a concorrenza della somma d'assicurazione convenuta, a prescindere da un'eventuale sottoassicurazione.

2. Applicazione

In funzione degli elementi contrattuali menzionati nella polizza, il calcolo della sottoassicurazione è effettuato come segue:

1. Somma d'assicurazione stabilita mediante l'aiuto alla determinazione del valore dell'inventario dell'economia domestica o somma d'assicurazione secondo inventario dettagliato risalente a meno di cinque anni prima. La persona contraente si impegna a fornire dati corrispondenti alla realtà. Non viene calcolata una sotto-assicurazione per i danni il cui importo è inferiore a Fr. 20'000.-. La regola della sottoassicurazione si applica alla parte eccedente.
2. Somma d'assicurazione fornita dalla persona contraente senza inventario dettagliato: l'eventuale sottoassicurazione è calcolata dal primo franco.

Art. 38 Colpa grave

L'assicuratore rinuncia al suo diritto di ridurre le prestazioni e a quello di rivalersi quando la persona assicurata ha causato il sinistro per colpa grave.

Art. 39 Obbligo di informare

1. Qualsiasi modifica (cognome, nome, sesso, stato civile, domicilio, conto bancario o postale, e-mail, telefono) e i decessi devono subito essere notificati a GMA SA. In caso di mancata notifica o di notifica tardiva, i danni e le spese a carico di GMA SA possono essere reclamati alla persona assicurata.
2. Se la persona contraente trasferisce il suo domicilio o la sua residenza fuori dalla Svizzera, deve avvisare GMA SA e trasmettergli un attestato di partenza emesso dal comune o dal cantone. Su tale base, l'assicuratore disdice il contratto d'assicurazione con effetto dalla data di partenza indicata nell'attestato.
3. Se la persona contraente omette di comunicare la sua partenza o la comunica entro un termine inappropriato, GMA SA può disdire il contratto con effetto retroattivo dalla data effettiva di partenza notificata al comune o al cantone. In questo caso, le eventuali prestazioni indebite saranno reclamate alla persona contraente.
4. Per l'accertamento dei fatti, la persona contraente deve collaborare alle investigazioni relative al contratto d'assicurazione, in particolare per quanto concerne la reticenza, le modifiche del rischio ecc.

Art. 40 Obbligo di diligenza

1. La persona contraente è tenuta a osservare l'obbligo di diligenza.
2. In particolare, deve adottare le misure dettate dalle circostanze per proteggere le cose assicurate dai rischi coperti.

3. Se, in seguito a una colpa, sono stati violati gli obblighi di diligenza, le prescrizioni in materia di sicurezza o altri obblighi, l'indennità potrà essere ridotta nella misura in cui il verificarsi o l'estensione del danno ne siano stati influenzati.

Art. 41 Comunicazioni

1. Le comunicazioni della persona contraente e di GMA SA o dell'assicuratore possono essere validamente effettuate per iscritto o tramite qualsiasi altra forma che consenta la prova per testo (posta elettronica o mezzi di comunicazione messi a disposizione da GMA SA o dall'assicuratore), ad eccezione dei social network.
2. Le comunicazioni della persona contraente in relazione alla gestione dei contratti devono essere trasmesse agli indirizzi di posta o elettronici che figurano nei documenti ufficiali di GMA SA.
3. Le comunicazioni della persona contraente in relazione al trattamento di un sinistro devono essere trasmesse agli indirizzi di posta o elettronici che figurano nei documenti ufficiali dell'assicuratore.
4. Le comunicazioni di GMA SA sono validamente effettuate all'ultimo indirizzo di posta o elettronico indicato dalla persona contraente a GMA SA.
5. Le comunicazioni dell'assicuratore sono validamente effettuate all'ultimo indirizzo di posta o elettronico indicato dalla persona contraente all'assicuratore.
6. L'assicuratore può altresì effettuare comunicazioni generiche alle persone contraenti tramite il giornale destinato agli assicurati. La persona contraente che non desidera più ricevere tale giornale può richiederlo all'assicuratore. In tal caso, l'assicuratore declina qualsiasi responsabilità relativamente alle comunicazioni pubblicate.

Art. 42 Prescrizione e decadenza

1. I crediti derivanti dal contratto d'assicurazione cadono in prescrizione cinque anni dopo il fatto dal quale nasce l'obbligo.
2. Decadono le richieste d'indennità che sono state rifiutate e che non sono state oggetto di un'azione giudiziaria nei cinque anni che seguono il sinistro.

Art. 43 Protezione dei dati

Dati personali e sensibili

Il Groupe Mutuel Services SA tratta i dati personali e i dati sensibili della persona contraente, della persona assicurata, e, se del caso, dei loro aventi diritto o delle persone vincolate (qui di seguito: le persone interessate) per conto di Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA, l'assicuratore. Il trattamento dei dati è delegato al Groupe Mutuel Services SA (qui di seguito: Groupe Mutuel), una società della Groupe Mutuel Holding SA. Queste due società sono soggette alla Legge federale sulla protezione dei dati (LPD). Con l'espressione «dati personali» si intendono le informazioni relative alle persone interessate, che includono tra l'altro quelle relative alla gestione del contratto d'assicurazione. Con l'espressione «dati sensibili» si intendono le informazioni relative allo stato di salute delle persone assicurate e ai sinistri. Sono soprattutto trattate le seguenti categorie di dati personali e sensibili: i dati personali dichiarativi delle persone interessate, vale a dire quei dati che il Groupe Mutuel può raccogliere dalle persone interessate in caso di interesse manifesto e/o in caso di sottoscrizione di prodotti e servizi che fornisce o distribuisce; i dati relativi alle prestazioni fornite o al funzionamento di prodotti e servizi o al loro utilizzo, in particolare quando si utilizzano i servizi online; i dati provenienti da terzi, da altri servizi o da informazioni pubbliche quando ciò è autorizzato.

Base giuridica

Il Groupe Mutuel tratta i dati personali e sensibili delle persone interessate e implementa il trattamento dei dati secondo le seguenti basi giuridiche: il consenso delle persone interessate, rispettivamente l'esplicito consenso per i dati sensibili; le disposizioni di legge applicabili alle attività del Groupe Mutuel (in particolare la LPD); il contratto stipulato tra il Groupe Mutuel e le persone interessate; l'interesse pubblico preponderante o l'interesse privato preponderante (ai sensi della LPD) del Groupe Mutuel o delle persone interessate.

Finalità

I dati personali e sensibili sono utilizzati in particolare per valutare i rischi da assicurare, trattare i sinistri, garantire il monitoraggio amministrativo, statistico e finanziario del contratto, consentire la gestione delle sue attività (statistiche, audit interno ed esterno ecc.) e il rispetto dei suoi obblighi legali, il miglioramento e lo sviluppo dei servizi forniti, l'ottimizzazione e l'economia dei costi assicurativi, l'esecuzione di operazioni di prospezione e di marketing, la gestione dei debiti e dei contenziosi, la lotta contro la frode, il riciclaggio di denaro, il finanziamento del terrorismo e la frode fiscale. A tal fine, tali dati potranno essere comunicati, condivisi e scambiati tra il Groupe Mutuel e terzi (vedere sotto). Per quanto concerne i dati utilizzati a fini statistici, questi sono resi anonimi.

Sicurezza

Nell'ambito del trattamento dei dati personali e in relazione ai rischi presentati dal trattamento, il Groupe Mutuel, i suoi intermediari assicurativi e altri mandatari (ad esempio un riassicuratore) si impegnano a implementare tutte le misure necessarie per conformarsi alla normativa sulla protezione dei dati. Tali disposizioni includono, in particolare, le misure tecniche, fisiche e organizzative necessarie per tutelare la sicurezza dei dati personali e impedirne la modifica, il danneggiamento o l'accesso da parte di terzi non autorizzati.

Trasferimento dei dati

I dati vengono trattati in modo riservato e possono essere comunicati al fornitore di assistenza, all'assicuratore e a terzi (ad esempio: intermediari assicurativi, riassicuratori, medici, beneficiari, ufficio AI, sicurezza sociale del paese di residenza della persona assicurata) anche all'estero. Tale comunicazione avviene, ad esempio, sulla base di obblighi legali, decisioni giudiziarie, condizioni generali di assicurazione o consenso delle persone interessate. Il consenso deve essere esplicito se si tratta di dati sensibili. Se il trattamento dei dati è oggetto di un contratto di subappalto, outsourcing o collaborazione con terzi, questi ultimi si impegnano, nell'ambito del loro rapporto contrattuale con il Groupe Mutuel, a rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali. Il Groupe Mutuel seleziona i subappaltatori che presentano le necessarie garanzie. I dati affidati agli intermediari assicurativi saranno registrati e trasmessi al Groupe Mutuel per il trattamento delle domande di assicurazione e per il monitoraggio amministrativo e finanziario tra l'intermediario assicurativo e il Groupe Mutuel. Quest'ultimo non è responsabile del trattamento dei dati personali che la persona interessata può avere autorizzato a terzi o che è realizzato indipendentemente dal Groupe Mutuel. Spetta alle persone interessate riferirsi alle politiche di protezione dei dati di terzi per verificare le condizioni del trattamento effettuato, o per esercitare i propri diritti in relazione a tale trattamento.

Profilatura

Durante il rapporto contrattuale con il Groupe Mutuel, le persone interessate possono essere oggetto di profilatura a scopo di marketing, in modo che l'assicuratore possa proporre servizi e prodotti che soddisfino le loro aspettative, il loro profilo e le loro esigenze.

Durata di conservazione

I dati personali sono conservati per tutto il tempo necessario per legge, per la gestione del contratto d'assicurazione, dei sinistri, dei diritti di ricorso, della riscossione e/o degli eventuali litigi tra il Groupe Mutuel, la persona assicurata, l'intermediario assicurativo o i terzi.

Diritti di accesso e di rettifica

Le persone interessate hanno il diritto di accedere ai loro dati personali, far rettificare tali dati, far cancellare i loro dati nei limiti delle disposizioni di legge applicabili, far limitare il trattamento dei dati, chiedere il trasferimento dei dati, revocare il consenso al trattamento dei dati personali con riserva del trattamento dei dati necessari per l'esecuzione del contratto, rivolgersi all'autorità di vigilanza competente.

Data Protection Officer

Il Groupe Mutuel ha designato un Data Protection Officer (adetto alla protezione dei dati) che può essere contattato al seguente indirizzo:

dataprotection@groupemutuel.ch.

Maggiori informazioni sulla protezione dei dati si trovano nel sito Internet del Groupe Mutuel:

www.groupemutuel.ch.

Art. 44 Luogo d'adempimento e foro

1. Salvo disposizioni particolari contrarie, gli obblighi risultanti dal contratto devono essere adempiuti sul territorio svizzero in franchi svizzeri.
2. In caso di contestazione, la persona contraente o la persona avente diritto può scegliere i tribunali del suo domicilio svizzero o quelli della sede del GMA SA.
3. In caso di controversia riguardo alle pretese derivanti dalla presente assicurazione, il foro di un'eventuale azione legale contro l'assicuratore è quello del domicilio svizzero della persona assicurata o della sede dell'assicuratore.

Art. 45 Sanzioni economiche, commerciali e finanziarie

La copertura non è concessa nella misura e fintanto che sanzioni economiche, commerciali o finanziarie legali applicabili si oppongono all'erogazione delle prestazioni contrattuali.

Art. 46 Disposizioni legali

Per la presente assicurazione si applicano inoltre le prescrizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione del 2 aprile 1908 e quelle dell'Ordinanza del 9 novembre 2005 sulla sorveglianza delle imprese di assicurazione private.

Condizioni generali dell'assicurazione per rischi e litigi su Internet CyberProtect

CY

CYGA01-IS – edizione 01.01.2022

Art. 1 Assicuratore che assume il rischio

L'assicuratore che assume il rischio dell'assicurazione CyberProtect il Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA (qui di seguito «GMA SA»).

Art. 2 Aziende partner per l'assistenza e la gestione dei sinistri

GMA SA ha stipulato un contratto di collaborazione con:

- Europ Assistance (Svizzera) SA, Avenue Perdtemps 23, 1260 Nyon (qui di seguito «fornitore di assistenza») per la fornitura delle prestazioni di assistenza e per la gestione dei sinistri informatici
- Dextra Protezione giuridica SA, Hohlstrasse 556, 8048 Zurigo (qui di seguito «Dextra») per l'assistenza giuridica e la gestione dei sinistri «Protezione giuridica in caso di litigi Internet»).

Art. 3 Condizioni di adesione

Qualsiasi persona fisica domiciliata in Svizzera può chiedere di aderire all'assicurazione CyberProtect.

Art. 4 Proposta di assicurazione

1. L'invio di una proposta di assicurazione non costituisce una richiesta di offerta, bensì una dichiarazione formale della persona proponente a GMA SA di voler stipulare un contratto di assicurazione CyberProtect. La persona proponente rimane vincolata a GMA SA conformemente alle disposizioni dell'articolo 1 della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA), ossia per 14 giorni.
2. La persona proponente può revocare la proposta al massimo entro 14 giorni dalla domanda di sottoscrizione del contratto. Tale termine è rispettato, se la persona proponente consegna la revoca all'assicuratore conformemente all'articolo 27 delle CGA o consegna il suo avviso di revoca alla posta entro l'ultimo giorno del termine.
3. Se la proposta proviene dall'assicuratore, la persona contraente può revocare il contratto al massimo entro 14 giorni da quando lei ha accettato la proposta.
4. La proposta è effettuata con il modulo fornito da GMA SA. La persona proponente deve rispondere a tutte le domande che figurano nella proposta di assicurazione in modo completo e conforme al vero. La persona proponente è responsabile del fatto che le risposte fornite da un terzo o da un intermediario siano conformi alle sue istruzioni. I terzi devono essere autorizzati dalla persona proponente a fornire a GMA SA tutti i documenti e le informazioni di cui può aver bisogno.
5. GMA SA si riserva il diritto di accettare o di rifiutare la proposta di assicurazione. GMA SA non tenuto a motivare la propria decisione.
6. La proposta di assicurazione di una persona che non ha l'esercizio dei diritti civili deve essere ratificata dal suo rappresentante legale.

Art. 5 Stipulazione del contratto e inizio della copertura assicurativa

1. Il contratto d'assicurazione è sottoscritto non appena GMA SA comunica al proponente che accetta la sua proposta.
2. La copertura assicurativa produce i propri effetti dalla data di entrata in vigore confermata nella polizza d'assicurazione.

Art. 6 Contraente e persone assicurate

1. La persona contraente la persona che stipula un contratto con l'assicuratore.
2. Quando è stipulata l'assicurazione per «singolo individuo», le persone assicurate sono:
 - la persona contraente;
 - le persone minorenni che soggiornano temporaneamente con la persona contraente.
3. Quando è stipulata l'assicurazione per «famiglia», le persone assicurate sono:
 - la persona contraente;
 - tutte le persone che vivono nella stessa economia domestica del contraente o che ritornano regolarmente a casa durante il fine settimana (persone che soggiornano temporaneamente per un massimo di 12 mesi al di fuori dell'economia domestica per studio, apprendistato, vacanze o viaggi).

Art. 7 Reticenza

1. Se, quando ha risposto alle domande, la persona contraente o il suo rappresentante legale ha omesso di dichiarare o ha dichiarato inesattamente un fatto importante di cui la persona contraente era o avrebbe dovuto essere a conoscenza (reticenza), GMA SA ha il diritto di recedere dal contratto, entro quattro settimane dal momento in cui è venuto a conoscenza della reticenza.
2. La disdetta produce i propri effetti non appena è recapitata alla persona contraente.
3. GMA SA ha diritto al rimborso delle prestazioni corrisposte per i sinistri il cui verificarsi e/o la cui entità sono stati influenzati dall'oggetto della reticenza.

Art. 8 Periodo di assicurazione

1. Il periodo d'assicurazione corrisponde a un anno civile e va dal 1° gennaio al 31 dicembre.
2. In caso di sottoscrizione del contratto durante un anno civile, il primo periodo d'assicurazione va dalla data d'entrata in vigore confermata nella polizza d'assicurazione, fino alla fine dell'anno civile.

Art. 9 Durata e disdetta del contratto d'assicurazione

1. Il contratto è stipulato per la durata indicata nella polizza. Alla fine di suddetto periodo, se il contratto non è disdetto, si rinnova tacitamente da un anno all'altro.
2. Il contratto può essere disdetto dal contraente o da GMA SA per la data di scadenza contrattuale indicata nella polizza e, successivamente, annualmente, in ogni caso con un preavviso di tre mesi.

3. Dopo ogni sinistro per cui l'assicuratore deve erogare una prestazione, la persona contraente ha il diritto di recedere dal contratto entro dieci giorni da quando è venuta a conoscenza della liquidazione del sinistro. Se la persona contraente recede dal contratto, l'assicurazione cessa di produrre i propri effetti 14 giorni dopo che GMA SA riceve la notifica di disdetta. Se la persona contraente disdice il contratto durante l'anno successivo all'entrata in vigore della copertura assicurativa, GMA SA mantiene il diritto al premio per il periodo d'assicurazione in corso. Negli altri casi, il premio è dovuto solo fino alla fine del contratto.
4. Dopo ogni sinistro per cui l'assicuratore deve erogare una prestazione, GMA SA ha il diritto di recedere dal contratto al massimo nel momento in cui liquida il sinistro. Se GMA SA recede dal contratto, l'assicurazione cessa di produrre i propri effetti 14 giorni dopo che GMA SA notifica la disdetta.
5. GMA SA si riserva il diritto di disdire il contratto in caso di frode o di tentata frode.
6. Il diritto di disdetta per inosservanza del dovere di informazione da parte di GMA SA prima della stipula del contratto decade quattro settimane dopo che la persona contraente è venuta a conoscenza dell'inosservanza e delle informazioni, ma non oltre due anni dopo l'inosservanza. La disdetta produce i propri effetti non appena è recapitata a GMA SA.
7. La persona contraente o l'assicuratore può disdire il contratto in qualunque momento, in caso di giusti motivi ai sensi dell'articolo 35b LCA.
8. In caso di decesso della persona contraente, se è stata stipulata l'assicurazione «famiglia», le altre persone assicurate o i loro rappresentanti legali possono chiedere la disdetta entro 30 giorni.
9. Il premio è dovuto soltanto fino alla fine del contratto, se il contratto è disdetto o finisce prima della sua scadenza, con riserva del suddetto capoverso 3.
10. La persona contraente deve notificare la disdetta conformemente all'articolo 27 delle presenti CGA.

Art. 10 Fine del contratto d'assicurazione

Il contratto d'assicurazione finisce:

- a. con la disdetta del contratto d'assicurazione;
- b. se GMA SA recede dal contratto d'assicurazione a seguito del mancato pagamento dei premi conformemente all'articolo 21 cpv. 1 LCA;
- c. in caso di trasferimento del domicilio della persona contraente all'estero, alla data di partenza comunicata al comune o al cantone;
- d. in caso di decesso della persona contraente, se è stata sottoscritta l'assicurazione per «singolo individuo».

Art. 11 Scopo e componenti dell'assicurazione

1. Nei limiti e alle condizioni previste nel contratto, le persone assicurate sono coperte contro i rischi e i litigi connessi all'uso a titolo privato di Internet o di altre tecnologie digitali.
2. L'assicurazione CyberProtect comprende le seguenti componenti:
 - a. servizi di prevenzione dei rischi informatici;
 - b. consulenza e assistenza in caso di incidenti generali e di difficoltà con hardware e software;
 - c. assistenza e copertura in caso di sinistri informatici;
 - d. assistenza e protezione giuridica in caso di litigi in Internet;

e. assistenza per la gestione dei dati digitali dopo il decesso.

3. I dettagli delle prestazioni e delle somme assicurate figurano nel catalogo dei rischi e delle prestazioni assicurati (qui di seguito allegato 1).
4. L'assicurazione CyberProtect può essere stipulata come assicurazione «singolo individuo» o come assicurazione «famiglia».

Art. 11a Tipo d'assicurazione

1. La copertura d'assicurazione rientra nella categoria di assicurazioni di danni.
2. Le coperture d'assicurazione che rientrano nella categoria di assicurazioni di danni rimborsano i costi del danno effettivo subito, fino a concorrenza delle prestazioni assicurate.

Art. 12 Validità territoriale e temporale

1. L'assicurazione è valida in tutto il mondo per i danni che si verificano durante la durata del contratto e che vengono notificati durante tale periodo.
2. La data determinante per il verificarsi del sinistro è definita nell'allegato 1.

Art. 13 Esclusioni generali

In complemento alle esclusioni di cui all'allegato 1, non è concessa alcuna copertura assicurativa per i sinistri che:

- si sono già verificati al momento della sottoscrizione del contratto;
- si verificano dopo la fine del contratto;
- sono causati intenzionalmente da una persona assicurata o da una persona che coabita con la persona assicurata;
- si verificano in occasione della perpetrazione intenzionale di un reato o di un crimine o dei loro tentativi (ad esempio, l'uso o la diffusione di copie palesemente illecite o la conclusione di contratti illegali o immorali);
- sono connessi a un'attività professionale principale o accessoria;
- hanno un rapporto con un'attività politica, sindacale o religiosa;
- concernono software non standard o soluzioni personalizzate come ad esempio l'estensione dei prodotti Microsoft Office;
- concernono danni materiali al dispositivo elettronico;
- hanno un legame con le radiazioni nucleari o ionizzanti e con i campi elettromagnetici, una reazione nucleare o una contaminazione radioattiva;
- hanno un legame con terremoti (scosse causate da fenomeni tettonici che interessano gli strati geologici della crosta terrestre e della superficie terrestre);
- derivano da atti di guerra, violazioni della neutralità, rivoluzioni e ribellioni;
- derivano da atti di guerra informatica o da eventi informativi catastrofici (ad es. un'ondata internazionale di richieste di riscatto).

Art. 14 Pagamento dei premi

1. I premi devono essere pagati in Svizzera, annualmente e anticipatamente.
2. Possono essere anche pagati a scadenze semestrali, trimestrali o mensili.
3. Il periodo di fatturazione dei premi è di almeno un mese, ad eccezione del mese in cui inizia o finisce l'adesione.

Art. 15 Diffida, costituzione in mora ed esecuzione

1. Se il premio non è pagato entro la data di scadenza del primo sollecito, il debitore è intimato per iscritto, a sue spese, a effettuare il pagamento entro quattordici giorni dall'invio della diffida e gli sono ricordate le conseguenze del ritardo. Se la diffida non produce effetti, l'obbligo di prestazioni cessa alla scadenza del termine della diffida.
2. Le persone assicurate non possono pretendere prestazioni per sinistri verificatisi durante la sospensione dell'obbligo di prestazione, anche se il premio è successivamente pagato.
3. Se GMA SA avvia una procedura esecutiva contro la persona contraente, le spese amministrative e legali possono essere addebitate alla persona contraente.

Art. 16 Modifica del tariffario dei premi

1. GMA SA può adeguare la tariffa dei premi ed eventuali franchigie per il periodo di assicurazione successivo.
2. GMA SA deve informare la persona contraente delle nuove disposizioni del contratto almeno trenta giorni prima della scadenza del periodo d'assicurazione. In questo caso, la persona contraente ha il diritto di disdire il contratto d'assicurazione per la fine del periodo d'assicurazione in corso, entro 30 giorni dal ricevimento della polizza o dalla notifica della modifica. GMA SA deve ricevere la disdetta entro 30 giorni, ma al massimo l'ultimo giorno dell'anno d'assicurazione.
3. Se la persona contraente non disdice il contratto, gli adeguamenti operati a livello dei premi sono considerati accettati.
3. In caso di riduzione delle tariffe dei premi o delle eventuali franchigie (cfr. cpv. 1 soprastante), la persona contraente non gode di alcun diritto di disdetta.

Art. 17 Adeguamento delle condizioni generali d'assicurazione

1. GMA SA è in diritto di adeguare le condizioni generali d'assicurazione, in particolare in caso di adeguamenti del catalogo o dell'estensione delle prestazioni.
2. L'assicuratore comunica tali adeguamenti alle persone contraenti. Se la persona contraente non li accetta, può disdire il contratto in questione con effetto dalla data di entrata in vigore degli adeguamenti. Se l'assicuratore non riceve alcuna notifica di disdetta entro 30 giorni, le nuove disposizioni sono considerate accettate.
3. Fanno eccezione al diritto di disdetta gli adeguamenti delle condizioni d'assicurazione che non comportano alcun svantaggio per la persona assicurata.

Art. 18 Adeguamento del catalogo dei rischi e delle prestazioni assicurati (Allegato 1)

1. GMA SA ha il diritto di adeguare in qualsiasi momento il catalogo dei rischi e delle prestazioni assicurati, in particolare in caso di evoluzione dei fenomeni di criminalità informatica e delle relative misure di protezione.
2. Il nuovo catalogo dei rischi e delle prestazioni assicurati si applica se è adeguato durante la validità dell'assicurazione. GMA SA comunica al contraente tali modifiche.
3. Il contraente non gode del diritto di disdetta se la modifica del catalogo non comporta né una diminuzione della copertura, né un aumento della tariffa del premio.

Art. 19 Notifica di un sinistro

1. Non appena lo constata, la persona assicurata deve informare il fornitore di assistenza (Europ Assistance) di qualsiasi sinistro le cui conseguenze prevedibili possono concernere l'assicurazione (numero di telefono 0800 803 903 in Svizzera o +41 58 758 71 12 dall'estero).
2. Se il caso di sinistro necessita l'assistenza giuridica, il fornitore di assistenza contatta Dextra previo accordo della persona assicurata o lo indirizza verso Dextra per la notifica del sinistro e la difesa dei suoi interessi.
3. Se il caso di sinistro (molestie, cybermobbing, danni alla reputazione, pubblicazione non autorizzata di contenuti) richiede un sostegno psicologico, la persona assicurata deve chiedere l'autorizzazione preventiva di assunzione a GMA SA (numero di telefono 0848 803 222).

Art. 20 Obblighi in caso di sinistro

1. Le persone assicurate devono fare tutto il possibile per limitare il danno.
2. Per la fornitura delle prestazioni di servizi, le persone assicurate devono, se necessario, consentire il collegamento a distanza del fornitore di assistenza al proprio personal computer, tablet o smartphone.
3. Le persone assicurate devono fornire a GMA SA, al fornitore di assistenza e a Dextra tutte le informazioni sullo svolgimento, sulle circostanze e sull'ammontare del sinistro.
4. Le persone assicurate devono fornire a GMA SA, al fornitore di assistenza e a Dextra tutte le informazioni e i documenti rilevanti e, se necessario, richiederli a terzi all'attenzione di GMA SA, del fornitore di assistenza o di Dextra. Inoltre, GMA SA, il fornitore di assistenza e Dextra hanno il diritto di effettuare le proprie inchieste.
5. Le persone assicurate autorizzano GMA SA, il fornitore di assistenza e Dextra a procurarsi e a trattare i dati necessari per la liquidazione dei sinistri. Allo stesso modo, GMA SA, il fornitore di assistenza e Dextra hanno il diritto di raccogliere qualsiasi informazione rilevante da terzi e di consultare i documenti ufficiali.
6. Se necessario per il trattamento del sinistro, i dati possono essere comunicati a terzi interessati o trasmessi all'estero. GMA SA, il fornitore di assistenza e Dextra si impegnano a trattare nell'assoluta riservatezza le informazioni ottenute.
7. Le persone assicurate autorizzano GMA SA, il fornitore di assistenza e Dextra a utilizzare i mezzi di comunicazione elettronici come e-mail, fax, ecc. per comunicare, a meno che le persone assicurate non lo vietino espressamente. Non si può escludere il rischio che terzi non autorizzati abbiano accesso ai dati trasmessi. GMA SA, il fornitore di assistenza e Dextra declinano pertanto qualsiasi responsabilità per il ricevimento, la lettura, la trasmissione, la copia, l'uso o la manomissione da parte di terzi non autorizzati di informazioni e dati di qualsiasi tipo trasmessi per via elettronica.

Art. 21 Inosservanza degli obblighi in caso di sinistro

Se una persona assicurata viola in modo colposo uno dei suoi obblighi contrattuali, in particolare l'obbligo di notifica, GMA SA è esonerata da qualsiasi obbligo nei suoi confronti.

Art. 22 Trattamento dei sinistri di protezione giuridica

Gestione dei casi di sinistro

1. Dextra informa le persone assicurate dei loro diritti e prende tutti i provvedimenti necessari per difendere i loro interessi.

2. Quando le trattative sono condotte da Dextra, le persone assicurate si astengono da qualsiasi intervento. Queste ultime non affideranno alcun mandato, non avvieranno alcun procedimento legale e non concluderanno alcuna transazione che comporti obblighi per Dextra e/o GMA SA.

Libera scelta dell'avvocato

1. Su richiesta della persona assicurata, e dopo aver ricevuto l'autorizzazione da parte di Dextra, questa può scegliere e incaricare liberamente un avvocato con competenza territoriale, se l'intervento di un avvocato è ritenuto necessario per la difesa dei suoi interessi, a condizione che non vengano sostenute spese supplementari.
2. In ogni caso, la persona assicurata è libera di scegliere un avvocato competente a livello territoriale, se per un procedimento giudiziario o in caso di conflitto di interessi è necessario un rappresentante esterno.
3. La persona assicurata è tenuta a liberare il proprio avvocato dal segreto professionale nei confronti di Dextra. Lo autorizza a informare Dextra sullo stato di avanzamento del caso e a mettere a sua disposizione i principali documenti del fascicolo.
4. Se si rende necessario il ricorso a un avvocato all'estero, la nomina di un avvocato avviene di comune accordo tra la persona assicurata e Dextra.

Procedura in caso di divergenza di opinioni

1. In caso di divergenza di opinioni tra la persona assicurata e Dextra in merito alla risoluzione di un caso giuridico coperto, Dextra deve motivare immediatamente per iscritto la soluzione proposta e informare la persona assicurata del suo diritto di ricorrere, entro 30 giorni, alla procedura arbitrale successiva.
2. La persona assicurata e Dextra nominano di comune accordo un arbitro unico. Quest'ultimo decide sulla base di un unico scambio di memorie scritte e addebita le spese del procedimento alle parti in funzione dell'esito. In caso di disaccordo sulla nomina dell'arbitro unico, si applicano le disposizioni del Codice di procedura civile svizzero.

Art. 23 Sovraindennizzo

1. Le prestazioni assicurate rientrano tra quelle dall'assicurazione di danni. Non devono condurre a un sovraindennizzo del contraente.
2. In caso di sovraindennizzo, le prestazioni sono ridotte di conseguenza.

Art. 24 Assicurazione multipla

1. In caso di assicurazione multipla secondo la LCA, le perdite economiche assicurate dal presente contratto (danni derivanti dal pagamento di un riscatto o da un pagamento illecito/appropriazione indebita di fondi) sono coperte in modo sussidiario.
2. Se nelle condizioni di assicurazione del contratto stipulato con un altro assicuratore è prevista una clausola di sussidiarietà analoga al suddetto capoverso 1, si applicano le disposizioni di legge in materia di assicurazione multipla.

Art. 25 Doveri d'informazione

1. Qualsiasi cambiamento (cognome, nome, sesso, stato civile, domicilio, conto bancario o postale, e-mail, telefono) e i decessi devono essere immediatamente notificati a GMA SA. Se tale notifica non viene effettuata o viene effettuata in ritardo, il danno e i costi che ne derivano per GMA SA possono essere reclamati alla persona assicurata.
2. Se la persona contraente trasferisce il proprio domicilio o la propria residenza fuori della Svizzera, deve comunicarlo a GMA SA e trasmettergli un attestato di partenza rilasciato dal comune o dal cantone. Su tale base, l'assicuratore

disdice il contratto d'assicurazione con effetto dalla data di partenza che figura nell'attestato.

3. Se la persona contraente omette di comunicare la sua partenza o la comunica entro un termine inappropriato, GMA SA può disdire il contratto con effetto retroattivo dalla data effettiva di partenza notificata al comune o al cantone. In questo caso, le eventuali prestazioni indebite saranno reclamate alla persona assicurata.

Art. 26 Obbligo di diligenza

1. Il contraente e le persone assicurate sono tenute a osservare la dovuta diligenza.
2. Per prevenire eventuali sinistri, devono in particolare:
 - utilizzare software con licenza ufficiale;
 - aggiornare regolarmente il sistema operativo, i programmi e le applicazioni;
 - adottare misure di protezione adeguate e conformi allo stato attuale della tecnica (ad es. installazione e aggiornamento regolare di software antivirus e firewall, scelta di password robuste);
 - mantenere la segretezza dei codici PIN (Personal Identification Number) per l'utilizzo di carte di credito o di debito, nonché degli identificatori e delle password;
 - non aprire gli allegati ricevuti via e-mail in cui l'identità del mittente è sospetta;
 - non comunicare numeri di carte di credito o di debito, di conti bancari o altri dati sensibili su siti web non protetti;
 - segnalare immediatamente all'istituto finanziario qualsiasi uso improprio della carta di credito o di debito o qualsiasi altra irregolarità constatata, in particolare in occasione della verifica dell'estratto conto mensile.
3. Se, a causa di una colpa grave, si contravviene all'obbligo di diligenza, l'indennizzo può essere ridotto nella misura in cui la realizzazione o l'entità del danno ne sia stata influenzata.

Art. 27 Comunicazioni

1. Le comunicazioni della persona contraente e di GMA SA, di Dextra o del fornitore di assistenza, possono essere validamente trasmesse per iscritto o tramite qualsiasi altra forma che consenta la prova per testo (posta elettronica o altri mezzi di comunicazione messi a disposizione da GMA SA, da Dextra o dal fornitore d'assistenza), eccetto tramite i social network.
2. Le comunicazioni della persona contraente relative alla gestione dei contratti devono essere trasmesse agli indirizzi di posta o elettronici che figurano nei documenti ufficiali dell'assicuratore.
3. Nell'ambito dell'elaborazione di un sinistro, tutte le comunicazioni devono essere trasmesse, in funzione del fornitore incaricato del sinistro, agli indirizzi di posta o elettronici che figurano nei documenti ufficiali di GMA SA, del fornitore d'assistenza o di Dextra.
4. Le comunicazioni che incombono a GMA SA sono validamente inviate all'ultimo indirizzo di posta o elettronico comunicato a GMA SA dalla persona contraente.
5. Le comunicazioni che incombono a Dextra sono validamente inviate all'ultimo indirizzo di posta o elettronico comunicato a Dextra dalla persona contraente.
6. Le comunicazioni che incombono al fornitore d'assistenza sono validamente inviate all'ultimo indirizzo di posta o elettronico comunicato al fornitore d'assistenza dalla persona contraente.
7. L'assicuratore può altresì effettuare le comunicazioni ge-

nerali alle persone contraenti tramite il giornale destinato ai suoi assicurati. La persona contraente che non desidera più ricevere tale giornale può richiederlo all'assicuratore. In tal caso, l'assicuratore è esonerato da qualsiasi responsabilità relativa alle comunicazioni pubblicate.

Art. 28 Giurisdizione e foro competente

1. Gli obblighi derivanti dal contratto devono essere eseguiti sul territorio svizzero e in franchi svizzeri.
2. In caso di controversia, la persona contraente o la persona beneficiaria può scegliere i tribunali del proprio domicilio in Svizzera o quelli della sede di GMA SA; sono tuttavia riservate le convenzioni internazionali.

Art. 29 Sanzioni economiche, commerciali e finanziarie

La copertura assicurativa non viene concessa nella misura in cui e finché le sanzioni economiche, commerciali o finanziarie previste per legge e applicabili si oppongono alla fornitura della prestazione contrattuale.

Art. 30 Disposizioni di legge

Alla presente assicurazione si applicano inoltre le disposizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione del 2 aprile 1908.

Art. 31 Protezione dei dati

Dati personali e sensibili

Il Groupe Mutuel Services SA tratta i dati personali e i dati sensibili della persona contraente, della persona assicurata, e, se del caso, dei loro aventi diritto o delle persone vincolate (qui di seguito: le persone interessate) per conto di Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA, l'assicuratore. Il trattamento dei dati è delegato al Groupe Mutuel Services SA (qui di seguito: Groupe Mutuel), una società della Groupe Mutuel Holding SA. Queste due società sono soggette alla Legge federale sulla protezione dei dati (LPD).

Con l'espressione «dati personali» si intendono le informazioni relative alle persone interessate, che includono tra l'altro quelle relative alla gestione del contratto d'assicurazione. Con l'espressione «dati sensibili» si intendono le informazioni relative allo stato di salute delle persone assicurate e ai sinistri. Sono soprattutto trattate le seguenti categorie di dati personali e sensibili: i dati personali dichiarativi delle persone interessate, vale a dire quei dati che il Groupe Mutuel può raccogliere dalle persone interessate in caso di interesse manifesto e/o in caso di sottoscrizione di prodotti e servizi che fornisce o distribuisce; i dati relativi alle prestazioni fornite o al funzionamento di prodotti e servizi o al loro utilizzo, in particolare quando si utilizzano i servizi online; i dati provenienti da terzi, da altri servizi o da informazioni pubbliche quando ciò è autorizzato.

Base giuridica

Il Groupe Mutuel tratta i dati personali e sensibili delle persone interessate e implementa il trattamento dei dati secondo le seguenti basi giuridiche: il consenso delle persone interessate, rispettivamente l'esplicito consenso per i dati sensibili; le disposizioni di legge applicabili alle attività del Groupe Mutuel (in particolare la LPD); il contratto stipulato tra il Groupe Mutuel e le persone interessate; l'interesse pubblico preponderante o l'interesse privato preponderante (ai sensi della LPD) del Groupe Mutuel o delle persone interessate.

Finalità

I dati personali e sensibili sono utilizzati in particolare per valutare i rischi da assicurare, trattare i sinistri, garantire il monitoraggio amministrativo, statistico e finanziario del contratto, consentire la gestione delle sue attività (statistiche, audit interno ed esterno ecc.) e il rispetto dei suoi obblighi legali, il miglioramento e lo sviluppo dei servizi forniti, l'ottimizzazione e l'economia dei costi assicurativi, l'esecuzione di operazioni di prospezione e di marketing, la gestione dei debiti e dei contenziosi, la lotta contro la frode, il riciclaggio di denaro, il finanziamento del terrorismo e l'evasione fiscale. A tal fine, tali dati potranno essere comunicati, condivisi e scambiati tra il Groupe Mutuel e terzi (vedere sotto). Per quanto concerne i dati utilizzati a fini statistici, questi sono resi anonimi.

Sicurezza

Nell'ambito del trattamento dei dati personali e in relazione ai rischi presentati dal trattamento, il Groupe Mutuel, i suoi intermediari assicurativi e altri mandatari (ad esempio un riassicuratore) si impegnano a implementare tutte le misure necessarie per conformarsi alla normativa sulla protezione dei dati. Tali disposizioni includono, in particolare, le misure tecniche, fisiche e organizzative necessarie per tutelare la sicurezza dei dati personali e impedirne la modifica, il danneggiamento o l'accesso da parte di terzi non autorizzati.

Trasferimento dei dati

I dati sono trattati in modo riservato e possono essere comunicati al fornitore di assistenza e a Dextra, nonché a terzi (ad esempio: intermediari assicurativi, riassicuratori, medici, beneficiari, ufficio AI, sicurezza sociale del paese di residenza della persona assicurata) anche all'estero. Tale comunicazione avviene, ad esempio, sulla base di obblighi legali, decisioni giudiziarie, condizioni generali di assicurazione o consenso delle persone interessate. Il consenso deve essere esplicito se si tratta di dati sensibili. Se il trattamento dei dati è oggetto di un contratto di subappalto, outsourcing o collaborazione con terzi, questi ultimi si impegnano, nell'ambito del loro rapporto contrattuale con il Groupe Mutuel, a rispettare la normativa in materia di protezione dei dati personali. Il Groupe Mutuel seleziona i subappaltatori che presentano le necessarie garanzie. I dati affidati agli intermediari assicurativi saranno registrati e trasmessi al Groupe Mutuel per il trattamento delle domande di assicurazione e per il monitoraggio amministrativo e finanziario tra l'intermediario assicurativo e il Groupe Mutuel. Quest'ultimo non è responsabile del trattamento dei dati personali che la persona interessata può avere autorizzato a terzi o che è realizzato indipendentemente dal Groupe Mutuel. Spetta alle persone interessate riferirsi alle politiche di protezione dei dati di terzi per verificare le condizioni del trattamento effettuato, o per esercitare i propri diritti in relazione a tale trattamento.

Profilatura

Durante il rapporto contrattuale con il Groupe Mutuel, le persone interessate possono essere oggetto di profilatura a scopo di marketing, in modo che l'assicuratore possa proporre servizi e prodotti che soddisfino le loro aspettative, il loro profilo e le loro esigenze.

Durata di conservazione

I dati personali sono conservati per tutto il tempo necessario per legge, per la gestione del contratto d'assicurazione, dei sinistri, dei diritti di ricorso, della riscossione e/o degli even-

tuali litigi tra il Groupe Mutuel, la persona assicurata, l'intermediario assicurativo o i terzi.

Diritti di accesso e di rettifica

Le persone interessate hanno il diritto di accedere ai loro dati personali, far rettificare tali dati, far cancellare i loro dati nei limiti delle disposizioni di legge applicabili, far limitare il trattamento dei dati, chiedere il trasferimento dei dati, revocare il consenso al trattamento dei dati personali con riserva del trattamento dei dati necessari per l'esecuzione del contratto, rivolgersi all'autorità di vigilanza competente.

Data Protection Officer

Il Groupe Mutuel ha designato un Data Protection Officer (adetto alla protezione dei dati) che può essere contattato al seguente indirizzo:

dataprotection@groupemutuel.ch.

Maggiori informazioni sulla protezione dei dati si trovano nel sito Internet del Groupe Mutuel: www.groupemutuel.ch.

Allegato 1 alle condizioni generali d'assicurazione CyberProtect – Catalogo dei rischi e delle prestazioni assicurati

CY

Valido dal 01.01.2022

1. Servizi di prevenzione dei rischi informatici (art. 11 cpv. 2 let. a delle CGA)

Guida di buone pratiche

Il fornitore di assistenza mette a disposizione delle persone assicurate le informazioni concernenti i rischi di Internet e le misure di prevenzione che ogni persona assicurata può attuare.

Piattaforma di protezione digitale

«MyCyberProtect»

Le persone assicurate hanno accesso a una piattaforma (disponibile su personal computer, tablet o smartphone) per:

- registrare i dati d'identificazione di loro scelta (ad esempio: indirizzo e-mail, numero di conto bancario o numero di carta di credito) allo scopo di monitorare gli usi sospetti di tali dati su Internet. Se vengono rilevate tali attività sospette, le persone assicurate sono immediatamente informate via SMS e/o e-mail;
- monitorare, tramite diari di bordo e un elenco di allarmi, il livello di esposizione al rischio dei dati registrati;
- scaricare gratuitamente software e strumenti di protezione (ad esempio: tastiera sicura) che sono loro forniti.

Per potersi registrare sulla piattaforma «MyCyberProtect», il contraente deve certificare di aver letto e accettato le condizioni generali di utilizzo della piattaforma, nonché l'informativa sulla privacy del fornitore di assistenza.

2. Consulenza e assistenza in caso di incidenti generali e di difficoltà con hardware e software (art. 11 cpv. 2 let. b delle CGA)

Le persone assicurate hanno accesso a consulenze e a un servizio di assistenza telefonica e/o di supporto informatico a distanza disponibile 7 giorni su 7, dalle 8:00 alle 23:00, per essere aiutati e consigliati in caso di:

- incidenti generali (ad esempio bug, problemi di accesso a Internet o di connessione wi-fi) e problemi di utilizzo dell'hardware (computer, tablet, stampanti, altoparlanti, periferiche);
- problemi di installazione/disinstallazione, di configurazione, di utilizzo, di download di software;
- difficoltà di configurazione di computer, tablet o smartphone;
- difficoltà con il salvataggio dei dati online (accesso online al programma di backup dei dati, configurazione del software d'esecuzione ecc.);
- preoccupazioni sull'efficacia dei mezzi di protezione digitale installati (antivirus, firewall ecc.);
- difficoltà nell'utilizzo della piattaforma di protezione digitale «MyCyberProtect»;

- problemi di utilizzo di dispositivi tecnologici (ad esempio apparecchi collegati, fotocamere digitali, TV, Blu-ray, videocamere);
- necessità di cancellare i dati personali su Internet;
- necessità di recuperare i dati persi o danneggiati, indipendentemente dalla causa del danno (ad esempio incidenti, incendi, danni causati dall'acqua, errori umani, virus).

I servizi a distanza sono forniti dagli specialisti qualificati del fornitore di assistenza o da fornitori di servizi esterni definiti dal fornitore di assistenza (consulenza e chiamata dalla Svizzera gratuita).

Limitazioni di copertura

La copertura assicurativa è limitata a sette casi di assistenza per anno civile e per contraente e non si estende a software non standard o a soluzioni personalizzate come l'estensione dei prodotti Microsoft Office.

Non viene fornita alcuna prestazione di assistenza per il recupero di dati il cui contenuto violi il diritto penale o il cui uso sia proibito.

I servizi di assistenza sono forniti a distanza. Non sono coperte le trasferte al domicilio del contraente o delle persone assicurate.

3. Assistenza e copertura in caso di sinistri informatici (art. 11 cpv. 2 let. c delle CGA)

Rischi assicurati	Assistenza telefonica, 7 giorni su 7, dalle 8:00 alle 23:00, con supporto a distanza se necessario	Osservazioni
Hacking, pirataggio, infezioni da malware (virus, cavalli di troia ecc.)	Supporto per la rimozione di malware	
Ricatto informatico (riscatto, blocco del computer, estorsione di fondi ecc.)	Supporto per sbloccare il computer piratato o per pagare il riscatto	Se il fornitore di assistenza non riesce a risolvere il problema di ricatto (ransomware), l'assicurazione copre i danni derivanti dal pagamento del riscatto fino a un massimo di Fr. 3000.– per anno civile e con riserva di un termine di attesa di sette giorni dopo l'entrata in vigore del contratto.
Furto di dati d'identificazione, usurpazione d'identità di una persona assicurata in Internet o durante i pagamenti senza contatto (ad es. phishing o pharming).	Supporto in caso di utilizzo illegale di carte di credito o di credenziali personali (blocco degli accessi, modifica della password o dei dati di accesso ecc.).	Se il fornitore di assistenza non riesce a evitare pagamenti illeciti/l'appropriazione indebita di fondi, l'assicurazione copre i danni derivanti da tali sinistri fino a un massimo di Fr. 10000.– per anno civile e con riserva di un termine di attesa di sette giorni dopo l'entrata in vigore del contratto. Il contraente deve fornire una conferma scritta della banca/istituto di credito o dell'istituto di emissione della carta di credito o di debito che rifiuta il risarcimento nonostante l'intervento di Dextra.
Molestie, cybermobbing, danni alla reputazione, pubblicazione non autorizzata di contenuti	Supporto per la cancellazione di profili, account, dati o foto che danneggiano la personalità della persona assicurata (inclusa la ricerca di presenza digitale).	Se necessario, l'assicurazione copre i costi del sostegno psicologico fornito da psicologi riconosciuti dall'assicuratore ed elencati nel sito web dell'assicuratore, fino ad un massimo di Fr. 1000.– per caso e per un periodo di 24 mesi dal verificarsi del sinistro. È necessaria una richiesta preventiva di assunzione dei costi all'attenzione dell'assicuratore. Il sinistro deve essere stato oggetto di un intervento preventivo da parte del fornitore di assistenza o di Dextra.

Sinistri che richiedono assistenza giuridica

Se il caso di sinistro giustifica l'assistenza giuridica, il fornitore di assistenza contatterà Dextra, previo accordo della persona assicurata, o indirizzerà la persona assicurata verso Dextra per l'attuazione di misure utili alla difesa dei suoi interessi.

Limitazioni di copertura

I servizi di assistenza sono forniti a distanza. Non sono coperte le trasferte al domicilio del contraente o delle persone assicurate.

Non viene corrisposto alcun risarcimento per le eventuali conseguenze economiche della perdita di dati.

L'assunzione dei costi del sostegno psicologico è complementare alle eventuali prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie LAMal. In questo caso, le franchigie, le partecipazioni e le detrazioni legali dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie LAMal non sono coperte.

4. Assistenza giuridica in caso di litigi su Internet (art. 11 cpv. 2 let. d delle CGA)

Rischi assicurati	Validità temporale della copertura assicurativa	Osservazioni
Litigi di una persona assicurata derivanti da contratti di compravendita di beni di consumo su Internet	Termine di attesa: 3 mesi Data determinante del sinistro: la data della prima presunta o effettiva violazione del contratto.	Se, dopo tre mesi dalla notifica di un sinistro avente possibilità di successo, Dextra non ottiene esito positivo e considera inopportuni altri provvedimenti legali, l'assicuratore rimborsa l'importo corrispondente al danno subito fino a un massimo di Fr. 10000.- a titolo di liquidazione definitiva del caso.
Litigi di una persona assicurata derivanti da contratti in qualità di locatario di camere d'albergo, appartamenti, posti in campeggio o altri tipi di alloggio (ad es. Airbnb) stipulati online per un periodo di locazione massimo di tre mesi.	Termine di attesa: 3 mesi. Data determinante del sinistro: la data della prima presunta o effettiva violazione del contratto.	Se, dopo tre mesi dalla notifica di un sinistro avente possibilità di successo, Dextra non ottiene esito positivo e considera inopportuni altri provvedimenti legali, l'assicuratore rimborsa l'importo corrispondente al danno subito fino a un massimo di Fr. 10000.- a titolo di liquidazione definitiva del caso.
Litigi tra una persona assicurata e un istituto bancario o un istituto di credito in caso di furto di dati di identificazione, usurpazione d'identità in Internet (ad es. phishing o pharming) o in caso di skimming.	Termine di attesa: nessuno. Data determinante del sinistro: la data effettiva della prima irregolarità commessa.	
Litigi di una persona assicurata derivanti dall'uso illecito di carte di credito o di debito durante i pagamenti online o i pagamenti senza contatto (ad es. Twint, Revolut, PayPal, Apple Pay).	Termine di attesa: nessuno. Data determinante del sinistro: la data del pagamento oggetto di irregolarità o del primo utilizzo illecito della carta di credito.	
Azioni legali contro gli autori di furto di dati d'identificazione, usurpazione d'identità di una persona assicurata, molestie, cybermobbing e danni alla reputazione (gravi danni alla personalità della persona assicurata), minacce, ricatto, richieste di riscatto, sextorsion, pubblicazione non autorizzata di contenuti.	Termine di attesa: nessuno. Data determinante del sinistro: la data del primo utilizzo illecito dell'identità o della prima violazione dei diritti della persona assicurata.	
Litigi tra una persona assicurata e un istituto bancario o una piattaforma per lo scambio di criptovalute con sede in Svizzera (sede centrale) derivanti dall'hacking (furto o appropriazione indebita) di criptomonete.	Termine di attesa: nessuno. Data determinante del sinistro: la data effettiva della prima irregolarità commessa.	Sono escluse dalla copertura le perdite di cambio e le perdite speculative.
Litigi di diritto civile di una persona assicurata derivanti dalla presunta o effettiva violazione dei diritti d'autore, del diritto al nome o del diritto delle marche su Internet.	Termine di attesa: nessuno. Data determinante del sinistro: la data della prima violazione presunta o effettiva dei diritti della persona assicurata o commessa dalla persona assicurata.	
Litigi con le piattaforme dei social media (ad es. Facebook, Twitter, Instagram, Youtube) in relazione alla cancellazione di account e profili in seguito al decesso di una persona assicurata.	Termine di attesa: nessuno. Data determinante del sinistro: la data del decesso.	

Assistenza e difesa giuridica da parte di Dextra

In caso di un caso giuridico coperto, gli specialisti di Dextra, principalmente avvocati e giuristi, consigliano la persona assicurata e difendono i suoi interessi. L'assicuratore assume i costi delle pratiche interne.

Assistenza e difesa giuridica da parte di avvocati esterni

Nei limiti previsti dall'articolo 22 delle CGA, l'assicuratore garantisce l'assunzione dei seguenti costi (elenco esauriente):

- a. gli onorari degli avvocati necessari alla normale tariffa locale, esclusi gli onorari in funzione dell'esito;
- b. i costi delle perizie effettuate da Dextra o dal tribunale;
- c. le spese e gli emolumenti di giustizia e di mediazione a carico della persona assicurata;
- d. le indennità giudiziarie accordate alla controparte e a carico della persona assicurata. Le spese o le indennità legali concesse alla persona assicurata spettano a GMA SA;
- e. le spese di trasferta della persona assicurata in caso di citazione a comparire in giudizio, a condizione che tali spese (tariffa dei trasporti pubblici) siano superiori a Fr. 100.–. In caso di trasferta all'estero, i costi vengono rimborsati se concordati in anticipo con Dextra;
- f. le spese per il recupero dell'indennizzo concesso alla persona assicurata, fino all'ottenimento di un atto di carenza di beni provvisorio o definitivo o di una comminatoria di fallimento.

Tali spese sono assunte fino a un massimo di Fr. 300 000.– per i sinistri assicurati con foro giuridico in Svizzera, negli Stati membri dell'UE (Unione Europea), dell'AELS (Associazione Europea di Libero Scambio) o nel Regno Unito.

Per altri casi che si verificano al di fuori di queste aree territoriali, la copertura massima ammonta a Fr. 50 000.–.

Se da uno stesso sinistro o da fatti ad esso connessi scaturiscono più litigi, questi sono considerati globalmente come un unico caso giuridico.

Sinistri che richiedono l'intervento del fornitore di assistenza

Se necessario e previo accordo della persona assicurata, Dextra contatterà il fornitore di assistenza per l'attuazione di adeguate misure di limitazione dei danni.

Limitazioni di copertura

I rischi e i litigi non menzionati nel presente catalogo non sono assicurati.

La copertura è esclusa anche in caso di litigi con avvocati, periti ecc. incaricati in un caso autorizzato da Dextra, nonché in caso di controversie con Dextra.

Le prestazioni e le spese seguenti non sono assicurate:

- le spese spettanti a terzi o a un'assicurazione di responsabilità civile;
- le multe inflitte alla persona assicurata.

5. Assistenza per la gestione dei dati digitali dopo il decesso (art. 11 cpv. 2 let. e delle CGA)

In caso di decesso di una persona assicurata, un servizio di assistenza telefonica è a disposizione delle persone assicurate superstiti o degli eredi legali per consigliarli e assisterli per:

- la verifica e l'identificazione degli strumenti e degli account online precedentemente utilizzati dalla persona defunta;
- la cancellazione o il trasferimento a terzi degli account e dei profili della persona defunta.

6. Definizioni dei termini utilizzati

Cavallo di Troia

Un «cavallo di Troia» è un programma maligno, spesso concepito per rubare dati personali e accedere al computer tramite e-mail infette o siti web piratati.

Cybermobbing

Il cybermobbing designa le molestie, gli insulti, le minacce o le umiliazioni ripetute via Internet e i servizi di telefonia mobile (ad es. messaggistica istantanea) per un lungo periodo di tempo, che causano un grave pregiudizio alla personalità della vittima.

Termine di attesa

Il termine di attesa è il periodo iniziale dopo l'entrata in vigore del contratto, durante il quale determinate prestazioni assicurative non sono coperte.

Hacking

Il termine hacking o pirataggio informatico designa l'introduzione in un sistema informatico da parte di uno o più hacker. Questi sfruttano le vulnerabilità e le lacune dei sistemi per penetrarli in modo discreto e modificarne il contenuto o la struttura.

Pagamento senza contatto (contactless)

Si tratta di un metodo di pagamento computerizzato che non richiede l'inserimento di un codice PIN.

Phishing

Il phishing designa il recupero illecito di informazioni presso utenti di Internet, ad esempio tramite indirizzi Internet falsi, e-mail o messaggi SMS falsi, allo scopo di indurre la vittima a inserire dati personali come le password o i numeri di carte di credito, per poi derubare denaro. Uno degli stratagemmi più diffusi è l'imitazione della pagina web di un'azienda di fiducia.

Pharming

Il pharming è una tecnica simile al phishing. Consiste nel piratare un indirizzo di un computer per reindirizzare l'utente di Internet, a sua insaputa, verso un sito diverso da quello in cui voleva recarsi per sottrargli i dati d'identificazione.

Piattaforma di protezione digitale «MyCyberProtect»

Questa piattaforma online, accessibile da computer, tablet o smartphone, consente di registrare i dati personali da monitorare, di consultare i diari di bordo per tracciare il grado di esposizione al rischio dei dati inseriti e di scaricare vari software di protezione.

Ransomware

Il ransomware è un software informatico dannoso che cripta e blocca i file contenuti in un computer. L'hacker (pirata) chiede poi il versamento di un riscatto (il più delle volte sotto forma di pagamento in valuta virtuale come il Bitcoin) per sbloccare i dati.

Sinistri informatici

Danni subiti dalla persona assicurata in relazione a un'attività criminale informatica coperta dall'assicurazione.

Skimming

Lo skimming si riferisce alla manomissione dei distributori automatici di banconote (bancomat) o dei terminali di pagamento nei negozi o nelle stazioni di servizio. Uno speciale dispositivo è inserito negli apparecchi per copiare la banda magnetica della carta bancaria e il codice PIN allo scopo di effettuare prelievi abusivi di denaro contante.

Usurpazione d'identità in Internet

Utilizzo da parte di terzi, all'insaputa della persona assicurata, del suo stato civile (cognome, nome, data di nascita) o di altri dati d'identificazione o di autenticazione della sua identità su Internet per scopi illeciti o dolosi che arrecano un pregiudizio o un danno alla persona assicurata.



Consulenze personalizzate e senza impegno

0848 803 111
groupemutuel.ch

groupemutuel

Groupe Mutuel Holding SA Rue des Cèdres 5 CH-1919 Martigny **0848 803 111 / groupemutuel.ch**

Società di Groupe Mutuel Holding SA: Avenir Assicurazione Malattia SA / Easy Sana Assicurazione Malattia SA / Mutuel Assicurazione Malattia SA
Philos Assicurazione Malattia SA / SUPRA-1846 SA / AMB Assicurazioni SA / Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA / Groupe Mutuel Vita GMV SA
Fondazioni amministrate dal Groupe Mutuel: Groupe Mutuel Previdenza-GMP / Mutuelle Neuchâteloise Assicurazione Malattia
Fondazione Opsion Libero Passaggio / Fondation Collective Open Pension

