Panoramica delle assicurazioni complementari secondo la LCA

groupemutuel

Indice

Assicurazione complementare Global smart 3

GO Global smart, livelli di copertura da 1 a 3

Assicurazioni delle cure complementari 4

SD Assicurazione delle cure complementari Premium

SO Assicurazione delle cure complementari Optimum

ST Assicurazione delle cure complementari Start

Assicurazioni in caso di ospedalizzazione 4-5

HC Assicurazione complementare d'ospedalizzazione, livelli di copertura da 1 a 4

HB Assicurazione complementare d'ospedalizzazione H-Bonus

HS Hôpital senior, livelli di copertura da 1 a 4

KH Assicurazione di un capitale in caso d'ospedalizzazione H-Capital

BH Assicurazione d'indennità giornaliera in caso d'ospedalizzazione

Assicurazione viaggi e assistenza all'estero 5

MU Mundo

Assicurazione dentaria 6

DP Assicurazione delle cure Dentaire plus

Assicurazioni complementari contro gli infortuni 6

AB Acrobat, l'assicurazione infortuni da 0 a 18 anni

AJ ActiVita, l'assicurazione infortuni dai 18 anni

Indennità giornaliere 7

PI Assicurazione individuale di un'indennità giornaliera

AM Assicurazione d'indennità giornaliera in caso d'incapacità lavorativa domestica Sekunda

Assicurazioni di protezione giuridica 7-9

LJ Legis^{priva}, l'assicurazione di protezione giuridica privata

LJ Legis^{strada}, l'assicurazione di protezione giuridica mobilità

LJ Legis^{duo}, l'assicurazione di protezione giuridica combinata, privata e mobilità

LS Legis^{sana+}, l'assicurazionedi protezione giuridica del paziente

Assicurazioni di capitali e di rendite 9-10

ID ProVista, l'assicurazione di un capitale per i casi d'invalidità o di decesso a seguito d'infortunio

AD ProVista^{light}, l'assicurazione di un capitale in caso di decesso a seguito d'infortunio

KP KidsProtect, rendita per bambini malati

Informazioni importanti 10-14

Assicurazione complementare Global smart

Assicuratore che assume il rischio: Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA – Martigny

L'assicurazione Global smart completa in modo ottimale l'assicurazione obbligatoria delle cure, offrendo una copertura sia delle cure mediche sia delle spese di degenza ospedaliera.

☐ GO Global smart, livelli di copertura da 1 a 3

- **Tre livelli d'assunzione delle prestazioni a scelta:** GO 1, 2, 3.
- Adesione possibile senza limite d'età per i Livelli 1 e 2. Per il Livello 3, adesione possibile fino all'età di 70 anni compiuti.
- Degenze nei centri ospedalieri nel reparto comune, semiprivato o privato in tutta la Svizzera, secondo il livello di copertura scelto.
- Gli enti ospedalieri e i medici che intervengono nell'ambito dell'ospedalizzazione devono essere riconosciuti dall'assicuratore.
- Le prestazioni d'ospedalizzazione nei casi di gravidanza e di parto sono versate solo dopo un termine di attesa di 12 mesi dall'entrata in vigore del contratto, con riserva di una copertura precedente equivalente presso GMA SA o presso un altro assicuratore.
- Assunzione per i tre livelli di prestazioni dei costi di medicina alternativa secondo l'elenco dell'assicuratore, dei farmaci limitati e fuori lista, degli occhiali da vista e delle lenti a contatto, delle spese di trasporto, ricerca e soccorso, delle mammografie e delle ecografie, degli esami ginecologici preventivi, delle vaccinazioni e dei check-up, nonché dei costi nell'ambito della promozione della salute (scuola della schiena, abbonamenti e corsi di fitness e altre misure di prevenzione); vi sono limiti massimi d'assunzione secondo il livello scelto.
- Assunzione dei costi delle cure dentistiche, dei mezzi ausiliari, delle cure di convalescenza a seguito di un'ospedalizzazione e delle cure termali, della custodia di bambini malati, della sterilizzazione volontaria e degli interventi chirurgici ambulatoriali nell'ambito dei livelli 2 e 3; vi sono limiti massimi d'assunzione secondo il livello scelto.
- Assunzione dei trattamenti d'emergenza in tutto il mondo per i tre livelli (prestazioni ambulatoriali e spese di cura e alberghiere in base al livello scelto in caso di ospedalizzazione, cure dentistiche, occhiali da vista e lenti a contatto, spese di trasporto, rimpatrio, ricerca e soccorso, partecipazioni legali estere e spese per la visita di un componente della famiglia durante un ricovero ospedaliero della persona assicurata superiore a sette giorni) fino a concorrenza di massimo CHF 200'000/anno.
- È concessa una riduzione famiglia sul premio del figlio fino a 18 anni se almeno uno dei genitori e il figlio stesso hanno sottoscritto l'assicurazione Global smart e il livello di copertura è equivalente o superiore a quello del figlio.

Assicurazioni delle cure complementari

Le assicurazioni delle cure complementari e speciali vi permettono di accedere a numerose prestazioni che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure.

☐ SD L'assicurazione delle cure complementari Premium versione 2024

- Adesione possibile fino all'età di 70 anni compiuti.
- Copertura completa ed estesa per le cure ambulatoriali come i medicinali fuori lista, la medicina alternativa e le cure dentarie. Assunzione di molteplici spese correnti (occhiali, trasporti, mezzi ausiliari, contraccezione, quote associative per attività sportive...).
- Prestazioni di prevenzione come ad esempio: vaccinazioni, check-up, ecografie e mammografie, esami ginecologici preventivi e fitness.
- Assunzione estesa dei costi di trasporto, assistenza domiciliare e ortodonzia per i bambini fino all'età di 18 anni.
- Riduzione sul premio per i figli, se almeno uno dei genitori ha sottoscritto l'assicurazione Premium.

☐ SO Assicurazione di cure complementari Optimum

- una copertura ottimale per le cure ambulatoriali a tutte le fasi della vita, come ad esempio la custodia di bambini malati a domicilio, i medicinali fuori lista, le spese di trasporto e soccorso, la medicina alternativa, le cure dentistiche o l'assistenza domiciliare,
- la copertura di numerose spese usuali (occhiali, mezzi ausiliari, contributi per attività sportive) e di prestazioni innovative come la correzione delle cicatrici e delle orecchie sporgenti o la partecipazione alle spese in caso di intervento chirurgico ambulatoriale (comfort, hotel, taxi, pasti a domicilio,…),
- le prestazioni di prevenzione: vaccinazioni, check-up, esami ginecologici preventivi, mammografie, ecografie, fitness e altre misure di prevenzione,
- una riduzione sul premio mensile se anche uno dei genitori almeno ha sottoscritto l'assicurazione Optimum,
- due franchigie a scelta: CHF 0 o CHF 150.

☐ ST L'assicurazione delle cure complementari Start

- adesione possibile senza limiti di età,
- una copertura semplice ed efficace per completare l'assicurazione di base, che contribuisce alle vostre spese sanitarie quali medicinali fuori lista, consegna dei farmaci a domicilio, occhiali, mezzi ausiliari, spese di trasporto, psicoterapia o persino un contributo per le cure dentistiche,
- copertura delle prestazioni di prevenzione come vaccinazioni, test HIV, check-up, mammografie ed ecografie o visite ginecologiche preventive.

Assicurazioni in caso di ospedalizzazione

In complemento all'assicurazione obbligatoria delle cure, le assicurazioni in caso di ospedalizzazione vi permettono di beneficiare di alcuni comfort e di una copertura estesa, in Svizzera e all'estero.

☐ HC L'assicurazione complementare d'ospedalizzazione, livelli di copertura da 1 a 4

- Adesione possibile fino all'età di 60 anni compiuti.
- **Quattro diversi livelli di copertura:** HC 1, 2, 3 e 4:
  - reparto comune in tutta la Svizzera (classe 1), indennità in caso di ospedalizzazione all'estero (malattia, infortunio) di CHF 500 al giorno;
  - reparto semiprivato in tutta la Svizzera (classe 2), indennità in caso di ospedalizzazione all'estero (malattia, infortunio) di CHF 1'000 al giorno;
  - reparto privato in tutta la Svizzera (classe 3), indennità in caso di ospedalizzazione all'estero (malattia, infortunio) di CHF 1'500 al giorno;
  - reparto privato in tutta la Svizzera (classe 4), indennità in caso di ospedalizzazione all'estero (malattia, infortunio) di CHF 3'000 al giorno.
- Con limite di durata e di importo delle prestazioni, conformemente alle condizioni particolari.
- Gli enti ospedalieri e i medici che intervengono nell'ambito dell'ospedalizzazione devono essere riconosciuti dall'assicuratore.
- Le prestazioni d'ospedalizzazione nei casi di gravidanza e di parto sono versate solo dopo un termine di carenza di 12 mesi dall'entrata in vigore del contratto.
- **Tre franchigie a scelta per i livelli 2, 3 e 4:** CHF 0, CHF 1'000 o CHF 3'000.

☐ HB L'assicurazione complementare d'ospedalizzazione H-Bonus

- Adesione possibile fino a 60 anni.
- Scelta del reparto comune, semiprivato o privato da parte della persona assicurata al momento dell'ospedalizzazione.
- Gli enti ospedalieri e i medici che intervengono nell'ambito dell'ospedalizzazione devono essere riconosciuti dall'assicuratore.
- Participazioni a carico della persona assicurata in base al reparto scelto (CHF 0 nel reparto comune, CHF 100 al giorno, massimo 30 giorni per anno civile, nel reparto semiprivato e CHF 200 al giorno, massimo 20 giorni per anno civile, nel reparto privato).
- Prestazioni d'ospedalizzazione in caso di gravidanza e di parto erogate soltanto dopo un termine di attesa di 12 mesi.
- Sistema di bonus: due livelli di premi (80% e 100%) sono applicabili. Il premio al momento dell'adesione corrisponde all'80% del premio ordinario. Se la persona assicurata è ospedalizzata nel reparto privato o semiprivato, il premio dell'anno civile successivo al periodo di riferimento corrisponde al 100% del premio ordinario, per tre anni.

☐ HS Hôpital senior, livelli di copertura da 1 a 4

- Assicurazione complementare in caso d'ospedalizzazione per le persone di oltre 55 anni, senza limite d'età.
- Il premio, uguale per uomini e donne, è fissato in base ad un indice progressivo variabile in funzione dell'età della persona assicurata. L'indice è di 100, fino ai 55 anni, e aumenta poi di 7 punti per anno di età; l'età determinante è l'età compiuta nel corso dell'anno civile.
- **Quattro diversi livelli di copertura:** HS 1, 2, 3 e 4:
  - comfort ospedaliero in camera a due letti, cure come nel reparto comune (classe 1);
  - comfort ospedaliero in camera a un letto, cure come nel reparto comune (classe 2);
  - camera a due letti, nel reparto semiprivato (classe 3);
  - camera a un letto e cure come nel reparto privato (classe 4).
- Gli enti ospedalieri e i medici che intervengono nell'ambito dell'ospedalizzazione devono essere riconosciuti dall'assicuratore.
- Esclusione delle prestazioni: in caso di maternità.
- **Tre franchigie a scelta per i livelli 3 e 4:** CHF 0, CHF 2'000 o CHF 5'000.

☐ KH L'assicurazione di un capitale in caso d'ospedalizzazione H-Capital

- **Undici capitali annui a scelta** per consentire di coprire i costi di una degenza ospedaliera di tipo acuto di una durata superiore a 24 ore o inferiore a 24 ore durante la quale un letto è occupato durante la notte:
  - CHF 300
  - CHF 500
  - CHF 600
  - CHF 900
  - CHF 1'000
  - CHF 1'200
  - CHF 1'500
  - CHF 2'000
  - CHF 2'500
  - CHF 3'000
  - CHF 3'500
- **Esclusione delle prestazioni** in caso di maternità, di trattamenti ambulatoriali, d'ospedalizzazione derivante da trattamenti non riconosciuti dalla LAMal, di semi-ospedalizzazione o di degenze inerenti esclusivamente la LAINF, la LAI o la LAM.

☐ BH L'assicurazione di un'indennità giornaliera in caso d'ospedalizzazione

- Adesione possibile fino all'età di 60 anni compiuti.
- Una sicurezza per far fronte alle difficoltà economiche causate da una degenza ospedaliera.
- Un'indennità fino a CHF 200 al giorno.
- Limitazione delle prestazioni in caso d'ospedalizzazione (90 giorni/anno).
- Il diritto alle prestazioni dell'assicurazione è effettivo dopo un periodo di carenza di sei mesi. In caso di maternità, l'indennità è versata dopo 12 mesi d'adesione.
- Dopo il versamento di 360 indennità durante un periodo di quattro anni civili, il diritto alle prestazioni si estingue e la copertura d'assicurazione cessa.

Assicurazione viaggi e assistenza all'estero

In caso d'emergenza, avete una copertura malattia e infortunio valida in tutto il mondo.

☐ MU L'assicurazione Mundo

- Copertura contro le malattie e gli infortuni valida in tutto il mondo.
- Assunzione delle spese fino ad un ammontare massimo di CHF 100'000 l'anno per trattamenti ambulatoriali e ospedalizzazioni, trasporti necessari per motivi di salute, rimpatrio, ricerca e salvataggio.
- **Esclusione delle prestazioni:** per le cure volontarie all'estero, le malattie già in cura e non ancora stabilizzate al momento della partenza all'estero e le spese personali (bevande, telefono, ecc.);
- Riduzione di abbinamento per le persone che hanno sottoscritto almeno uno dei seguenti prodotti d'assicurazione: GO, HB, HC 2, 3 e 4, HS, SD, SO; tale riduzione è abolita non appena queste condizioni non sono più adempiute

Assicurazione dentaria

L'assicurazione delle cure dentarie assume le spese per i trattamenti dal dentista o dall'ortodontista.

☐ DP L'assicurazione delle cure Dentaire plus

- **Tre livelli di assunzione delle spese a scelta:** 1, 2, e 3.
- Adesione possibile all'età di 60 anni compiuti.
- **Livelli DP1 a DP3:** rimborso delle spese per trattamenti dentari, compresa l'ortodonzia, contributo di CHF 75 per un controllo profilattico l'anno e spese di laboratorio:
  - DP1: 75% dell'importo fatturato secondo la tariffa riconosciuta, max CHF 1'000 l'anno civile (livello 1);
  - DP2: 75% dell'importo fatturato secondo la tariffa riconosciuta, max CHF 3'000 l'anno civile (livello 2);
  - DP3: 75% dell'importo fatturato secondo la tariffa riconosciuta, max CHF 15'000 l'anno civile (livello 3).
- Per tutti i livelli le prestazioni sono accordate dopo un termine di attesa di tre mesi, dall'entrata in vigore del contratto, per tutti i trattamenti dentari e di 12 mesi per gli interventi protesici. Le prestazioni a seguito d'infortunio sono versate subito.
- **Esclusione delle prestazioni per:** i denti che al momento della stipulazione del contratto mancano o sono già stati sostituiti, i trattamenti successivi ad un infortunio verificatosi prima dell'adesione, i trattamenti per i quali la LAINF, la LAMF, la LAI o terzi sono tenuti a corrispondere le prestazioni e i trattamenti già previsti al momento della redazione della proposta d'assicurazione.

Assicurazioni complementari contro gli infortuni

In complemento alle assicurazioni obbligatorie delle cure, contro gli infortuni e l'invalidità, proponiamo coperture adeguate ad ogni tappa della vostra vita.

☐ AB L'assicurazione infortuni da 0 a 18 anni Acrobat

- Adesione possibile fino all'età di 18 anni compiuti.
- Per ogni livello di copertura, il premio è uniforme per tutte le persone assicurate da 0 a 18 anni.
- **Tre livelli di copertura a scelta, validi in tutto il mondo:**
  - **Acrobat^{eco}:** ospedalizzazione nel reparto privato in Svizzera, libera scelta dello specialista, spese di recupero scolastico, chirurgia estetica, aiuto a domicilio, rimborso dell'abbonamento sportivo non utilizzato, spese di trasporto, di ricerca e di salvataggio.
  - **Acrobat^{light}:** trattamenti ambulatoriali e ospedalizzazione nel reparto comune in Svizzera, capitali in caso d'invalidità (fino a CHF 700'000) o di decesso (CHF 10'000), spese di recupero scolastico, chirurgia estetica, aiuto a domicilio, rimborso dell'abbonamento sportivo non utilizzato, spese di trasporto, di ricerca e di salvataggio.
  - **Acrobat^{standard}:** ospedalizzazione nel reparto privato in Svizzera, libera scelta dello specialista, capitali in caso d'ospedalizzazione (CHF 500), d'invalidità (fino a CHF 700'000) o di decesso (CHF 10'000), Groupe Mutuel Assistance in caso d'emergenza in Svizzera e all'estero, spese di recupero scolastico, chirurgia estetica, aiuto a domicilio, rimborso dell'abbonamento sportivo non utilizzato, spese di trasporto, di ricerca e di salvataggio.
- Dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello in cui compie 18 anni, la persona assicurata che ha sottoscritto il livello Acrobat^{light} e Acrobat^{standard} è automaticamente trasferita nell'assicurazione ProVista (ID), per la variante che copre le stesse somme d'assicurazione.
- Dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello in cui compie 18 anni, la persona assicurata che ha sottoscritto il livello Acrobat^{eco} è automaticamente trasferita nell'assicurazione ActiVita (AJ).

☐ AJ L'assicurazione infortuni dai 18 anni ActiVita

- Adesione possibile fino all'età di 60 anni compiuti.
- **In Svizzera e all'estero:** trattamenti di degenza nel reparto privato, libera scelta dello specialista, spese di ricerca, salvataggio e trasporti d'emergenza, rimpatrio, assistenza giuridica telefonica 24 ore su 24.
- **In Svizzera:** degenze di riabilitazione, spese di trasporto per seguire un trattamento medico (CHF 1'500/caso), chirurgia estetica (CHF 60'000/caso), custodia del domicilio (CHF 1'500/caso), rimborso di un abbonamento per attività sportive (CHF 500/caso).
- **Esclusione delle prestazioni per:** attività sportive effettuate a titolo professionale e atti temerari secondo le norme della LAINF.

Indennità giornaliere

In seguito ad una malattia, ad un infortunio o ad un'ospedalizzazione, l'indennità giornaliera vi tutela contro le conseguenze economiche derivanti da una perdita di salario a volte inaspettata.

☐ PI L'assicurazione individuale di un'indennità giornaliera

- Adesione possibile dall'età di 15 anni compiuti all'età di 55 anni compiuti.
- La scadenza del contratto è fissata al 31 dicembre di un anno civile ed è indicata nella polizza.
- Alla scadenza della polizza e salvo notifica di disdetta ricevuta al più tardi il 30 settembre dell'anno civile, il contratto è rinnovato tacitamente da un anno all'altro.
- Gli altri motivi di disdetta sono precisati nell'articolo 8 delle condizioni generali d'assicurazione.
- Interessante copertura del rischio malattia e/o infortunio.
- Durata delle prestazioni indicata nella polizza (per esempio 730 giorni civili).
- Ampia scelta di termini d'attesa.
- In caso d'incapacità totale o parziale, la notifica deve pervenire all'assicuratore entro 15 giorni dall'inizio dell'interruzione di lavoro, insieme ad un certificato medico.
- Limitazione delle prestazioni: per tutti i casi menzionati nell'articolo 15 delle condizioni generali d'assicurazione.

☐ AM L'assicurazione di un'indennità giornaliera in caso d'incapacità lavorativa domestica Sekunda

- Adesione possibile dai 18 anni compiuti ai 55 anni compiuti.
- Indennità giornaliera erogata in caso d'incapacità lavorativa domestica (ILD) a seguito di un infortunio, i rischi malattia e maternità sono esclusi da questa assicurazione.
- Indennità giornaliera fino a CHF 50 al giorno.
- Indennità erogata in funzione dell'ILD medicalmente certificata, un tasso d'ILD inferiore al 25% non dà diritto alle prestazioni.
- Termine di attesa di 15 giorni.
- Durata delle prestazioni di 365 giorni per una o più ILD.
- Oltre che per i motivi indicati nelle condizioni generali, il contratto cessa alla fine del mese durante il quale l'assicurato festeggia i 65 anni e/o all'esaurimento della durata delle prestazioni.

Assicurazioni di protezione giuridica

Assicuratore che assume il rischio:
Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA - Martigny

Società che gestisce i sinistri:
Dextra Protezione giuridica SA - Zurich

☐ LJ L'assicurazione di protezione giuridica privata Legis[priva]

- Adesione possibile per qualsiasi persona fisica domiciliata in Svizzera.
- Validità territoriali diverse, in funzione dei rischi assicurati, del foro giuridico competente e del diritto applicabile, quello della Svizzera, dell'UE/SEE e dell'Europa.
- Il contratto cessa col decesso della persona assicurata, in caso di tra-sferimento del domicilio all'estero, in caso di disdetta da parte della persona assicurata o da parte di GMA SA.
- Dopo ogni sinistro, la persona assicurata o GMA SA ha il diritto di recedere dal contratto.
- **Bonus famiglia** per i bambini di età inferiore ai 25 anni e per le altre persone che vivono sotto lo stesso tetto di una persona adulta che ha sottoscritto un'assicurazione Legis[priva].
- Assistenza giuridica da parte di Dextra Protezione giuridica SA e assunzione, fino a CHF 250'000 per caso giuridico coperto, delle spese, secondo la lista esaustiva specificata nelle condizioni generali d'assicurazione (art. 12), in particolare: spese e onorari di avvocati, spese di perizia, spese di trasferta in caso di citazione in giudizio se superiori a CHF 100, ecc.
- Termine di attesa di tre mesi, senza assunzione delle prestazioni, per litigi derivanti da contratti, diritto di proprietà e di vicinato e per consulenze giuridiche in materia di diritto delle persone, di famiglia (senza diritto del divorzio), delle successioni. Il termine di attesa non si applica se la persona era già assicurata presso un altro assicuratore, senza interruzione di copertura e per lo stesso rischio.
- Intervento esclusivamente del servizio giuridico di Dextra Protezione giuridica SA se valore litigioso inferiore a CHF 2'000. L'assunzione delle prestazioni esterne è tuttavia garantita se la persona assicurata è citata in giudizio e la controparte è rappresentata da un avvocato.
- **Qualità assicurate:** in particolare, persone private, persone che esercitano un'attività professionale dipendente, inquilini e parti di un contratto.

- **Rischi assicurati:** diritto della responsabilità civile, diritto delle assicurazioni, contratto di lavoro (quale impiegato, fino a un valore litigioso di CHF 100'000; oltre tale importo, assunzione proporzionale secondo le condizioni generali d'assicurazione), contratto di locazione (quale inquilino), contratto d'appalto (concernente l'immobile assicurato e limitatamente a un costo totale di costruzione di CHF 100'000 per lavori che richiedono un'autorizzazione ufficiale), diritto del consumo e dei contratti (secondo enumerazione esaustiva delle condizioni generali d'assicurazione, in particolare, compravendita, affitto, leasing, credito al consumo, carta di credito, viaggi «all inclusive» ecc.), diritto penale e amministrativo (concernente la difesa della persona assicurata per reati commessi per negligenza), diritto di proprietà e altri diritti reali (concernente i litigi quale proprietario d'immobile in relazione alle servitù e oneri fondiari iscritti nel registro fondiario e i litigi legati ai confini della proprietà), diritto di proprietà per piani (concernente la ripartizione delle spese comuni fra comproprietari), diritto di vicinato (quale proprietario d'immobile per litigi con vicini confinanti e secondo enumerazione esaustiva delle condizioni generali d'assicurazione), diritto delle persone, di famiglia (senza il diritto del divorzio) e delle successioni (prestazioni limitate al massimo a una consulenza giuridica di CHF 500 per litigio).
- **Rischi e spese non assicurati, limitazioni ed esclusioni:** secondo descrizione dettagliata negli articoli 13, 14 e 18 delle condizioni generali d'assicurazione. Le principali esclusioni sono: i litigi della persona assicurata in qualità di datore di lavoro, paziente, acquirente, rispettivamente proprietario, debitore, inquilino o titolare o conducente di veicoli a motore, locatario, ecc., i litigi concernenti l'acquisto/alienazione di immobili o terreni, un pegno immobiliare, l'ipoteca legale degli artigiani e degli imprenditori, le attività lucrative indipendenti, l'incasso di crediti, la difesa contro pretese di responsabilità civile emesse da terzi contro la persona assicurata, litigi derivanti dalla partecipazione a risse, tafferugli, delitti intenzionali o tentati delitti, nonché litigi derivanti da eventi bellici, sommosse, scioperi, terremoti e altre catastrofi naturali, da modifiche della struttura dell'atomo. L'assicurazione non assume nemmeno i danni subiti dalla persona assicurata, né le spese che incombono a terzi o ad un'assicurazione di responsabilità civile, nonché le multe cui la persona assicurata viene condannata. Vi sono limitazioni di copertura, soprattutto in caso di litigi in materia di diritto di vicinato.

☐ LJ L'assicurazione di protezione giuridica mobilità Legis[strada]

- Adesione possibile per qualsiasi persona fisica domiciliata in Svizzera.
- Validità territoriali diverse, in funzione dei rischi assicurati, del foro giuridico competente e del diritto applicabile, quello della Svizzera, dell'UE/SEE e dell'Europa.
- Il contratto cessa col decesso della persona assicurata, in caso di tra-sferimento del domicilio all'estero, in caso di disdetta da parte della persona assicurata o da parte di GMA SA.
- Dopo ogni sinistro, la persona assicurata o GMA SA ha il diritto di recedere dal contratto.
- **Bonus famiglia** per i bambini di età inferiore ai 25 anni e per le altre persone che vivono sotto lo stesso tetto di una persona adulta che ha sottoscritto un'assicurazione Legis[strada].
- Assistenza giuridica da parte di Dextra Protezione giuridica SA e assunzione, fino a CHF 250'000 per caso giuridico coperto, delle spese, secondo la lista esaustiva specificata nelle condizioni generali d'assicurazione (art. 12), in particolare: spese e onorari di avvocati, spese di perizia, spese di trasferta in caso di citazione in giudizio se superiori a CHF 100, ecc.
- Intervento esclusivamente del servizio giuridico di Dextra Protezione giuridica SA se valore litigioso inferiore a CHF 2'000. L'assunzione delle prestazioni esterne è tuttavia garantita se l'assicurato è citato in giudizio e la controparte è rappresentata da un avvocato.
- Termine di attesa di tre mesi, senza assunzione delle prestazioni, per litigi derivanti da contratti. Il termine di attesa non si applica se la persona era già assicurata presso un altro assicuratore, senza interruzione di copertura e per lo stesso rischio.
- **Qualità assicurate:** in particolare, conducente di qualsiasi veicolo utilizzato in strada, proprietario e titolare di veicoli immatricolati a suo nome, piedone, ciclista, incluso chi utilizza pattini a rotelle, skateboard e monopattini sulla strada, passeggero di qualsiasi mezzo di trasporto, titolare di una patente.
- **Rischi assicurati:** diritto penale e amministrativo (in particolare per le violazioni della normativa sulla circolazione stradale commesse per negligenza, procedure amministrative in tema di patente), diritto della responsabilità civile, diritto delle assicurazioni, diritto dei contratti legati ai veicoli immatricolati a nome della persona assicurata (secondo la seguente lista esaustiva: compravendita, leasing, riparazione/manutenzione, credito/prestito).
- **Rischi e spese non assicurati, limitazioni ed esclusioni:** secondo descrizione dettagliata negli articoli 13, 14 e 20 delle condizioni generali d'assicurazione. Le principali esclusioni sono: i litigi concernenti contratti conclusi a titolo commerciale, i litigi concernenti eventi verificatisi quando la persona assicurata, quale conducente di un veicolo, non aveva la patente necessaria, la difesa contro pretese di responsabilità civile emesse da terzi contro la persona assicurata, i litigi derivanti dalla partecipazione attiva a gare o altre competizioni con un veicolo a motore, litigi derivanti dalla partecipazione a risse, tafferugli, delitti intenzionali o tentati delitti, nonché litigi derivanti da eventi bellici, sommosse, scioperi, terremoti e altre catastrofi naturali, da modifiche della struttura dell'atomo. L'assicurazione non assume nemmeno i danni subiti dalla persona assicurata, né le spese che incombono a terzi o ad un'assicurazione di responsabilità civile, nonché le multe cui la persona assicurata viene condannata, 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, le spese dei corsi di educazione stradale imposti da un'autorità amministrativa o giudiziaria.

☐ LJ L'assicurazione di protezione giuridica combinata, privata e mobilità Legis[duo]

- Adesione possibile per qualsiasi persona fisica domiciliata in Svizzera.
- Legis[duo] abbina le prestazioni dei prodotti Legis[priva] e Legis[strada] alle condizioni enunciate per ognuno di tali prodotti.

☐ LS L'assicurazione di protezione giuridica del paziente Legis[sana+]

- Adesione possibile per qualsiasi persona domiciliata in Svizzera.
- Il contratto cessa col decesso della persona assicurata, in caso di trasferimento del domicilio all'estero, in caso di disdetta da parte della persona assicurata o di GMA SA.
- Il premio è uguale per le persone assicurate da 0 a 18 anni e per le persone assicurate da 19 a 99 anni.
- Termine d'attesa di tre mesi senza assunzione delle prestazioni per controversie derivanti da un intervento di chirurgia estetica.
- Assistenza giuridica da parte di Dextra Protezione giuridica SA e assunzione dei costi per le azioni e le procedure intentate per controversie, in qualità di paziente, a seguito di:
  - violazione del diritto della protezione dei dati;
  - errore di diagnosi odi trattamento;
  - danno subito a causa di mezzi ausiliari o farmaci difettosi.

  Sono in in particolare assunti gli onorari di avvocati e altri delegati, le spese di perizia, le spese e tasse di giustizia, ecc., fino a concorrenza di massimo CHF500'000/caso (in Svizzera), CHF 50'000/caso (fuori della Svizzera).
- **Rischi non assicurati:** secondo descrizione dettagliata nell'articolo 6 delle condizioni particolari d'assicurazione.

  Le principali esclusioni riguardano i trattamenti forniti da fornitori di prestazioni la cui attività non è stata approvata dalle autorità sanitarie;
  - i trattamenti psichiatrici o psicoterapeutici;
  - gli interventi di chirurgia bariatrica effettuati al di fuori della Svizzera;
  - le controversie su onorari o fatture;
  - le controversie con Dextra o con avvocati, periti, ecc. incaricati in un caso autorizzato da Dextra, nonché le controversie con società di Groupe Mutuel Holding SA, di Fondation Groupe Mutuel e/o con società legate a Groupe Mutuel Services SA da un contratto di prestazioni.

Assicurazione di capitali e di rendite

Protezione della famiglia e prevenzione delle conseguenze finanziarie di un'invalidità o di un decesso a seguito di malattia o di infortunio, grazie al versamento di un capitale o di una rendita.

☐ ID ProVista ☐ AD ProVista[light] Assicurazioni di un capitale in caso d'invalidità e/o decesso a seguito d'infortunio

- Due livelli di copertura a scelta:
  - ProVista: capitale in caso d'invalidità o di decesso;
  - ProVista[light]: capitale solo in caso di decesso.
- Adesione possibile fino all'età di 65 anni compiuti.
- I premi sono suddivisi in funzione delle classi di età e dei capitali assicurati.
- Libera scelta dei vari abbinamenti di capitale fino ad un massimo di CHF 200'000 in caso di decesso e di CHF 400'000 (progressivo fino al 350% in funzione del tasso d'invalidità) in caso d'invalidità, a seguito d'infortunio.
- Per i bambini, il capitale erogato in caso di decesso si eleva al massimo a:
  - CHF 2'500 prima dell'età di due anni e sei mesi;
  - CHF 20'000 tra l'età di due anni e sei mesi e i 12 anni.
- indennizzo fino a CHF 20'000 se l'infortunio ha causato un danno estetico grave e permanente.
- Limitazione delle somme assicurate non appena la persona assicurata compie 70 anni (in caso di decesso a CHF 10'000, in caso d'invalidità a CHF 30'000).

KidsProtect offre un sostegno finanziario alle famiglie con figli affetti da cancro. Una rendita mensile è versata ai genitori dall'inizio del trattamento.

☐ KP KidsProtect, rendita per bambini malati

- Sottoscrizione possibile per qualsiasi persona domiciliata in Svizzera che non ha ancora compiuto 17 anni e che non soffre di cancro o non ne ha sofferto nel passato.
- Rendita mensile di CHF 4'000 (massimo 15 rendite nell'arco di 60 mesi), in caso di cancro del bambino assicurato.
- Rendita versata a condizione che il bambino sia in cura, secondo la definizione delle condizioni particolari d'assicurazione (art. 2).
- Utilizzazione totalmente libera della rendita, senza giustificarne l'uso.
- Un solo premio, a prescindere dall'età e dal sesso del bambino.
- Nessuna franchigia.
- **Termine di attesa:** la copertura inizia tre mesi dopo la data d'entrata in vigore specificata nella polizza d'assicurazione.
- **Esclusioni:** in particolare, i cancri verificatisi o constatati dal punto di vista medico prima della sottoscrizione del contratto o nei tre mesi successivi all'entrata in vigore dell'assicurazione, nonché i cancri diagnosticati presso la persona assicurata positiva al virus HIV.
- Il contratto d'assicurazione e il diritto alle prestazioni cessano, in particolare: alla fine dell'anno civile durante il quale la persona assicurata conclude il suo 17° anno, con riserva del diritto alle prestazioni per un sinistro in corso; 60 mesi dopo la diagnosi del cancro e all'esaurimento del diritto alle prestazioni, è determinante il primo limite raggiunto.

Informazioni importanti

Le seguenti informazioni presentano alcuni punti essenziali. Altri diritti e doveri derivanti dalle condizioni generali e particolari d'assicurazione e dalla LCA.

Proposta d'assicurazione

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. 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 notifica di revoca è consegnata alla posta (o trasmessa tramite qualsiasi altra forma che consente di fornire la prova per testo, messa a disposizione dall'assicuratore, ad eccezione dei social network), al più tardi entro l'ultimo giorno del termine. L'assicuratore è libero di accettare la domanda, di emettere delle riserve o di rifiutarla. Per ogni prodotto d'assicurazione, definito tramite idonee condizioni particolari, è emesso un contratto individuale e distinto.

Periodo minimo d'assicurazione

La durata minima delle assicurazioni complementari è di tre anni, ad eccezione delle assicurazioni Mundo e Legis^{sana+}, il cui periodo minimo d'assicurazione è di un anno. La data di scadenza dell'assicurazione individuale d'indennità giornaliera PI è indicata nella polizza.
Se il contratto non è disdetto alla fine del periodo minimo, si rinnova tacitamente da un anno all'altro.

Fine del contratto d'assicurazione

La persona contraente può disdire il contratto:

- per la fine di un anno civile, con un preavviso di tre mesi, al più presto alla fine del periodo minimo d'assicurazione;
- 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;
- dopo ogni sinistro per il quale l'assicuratore deve corrispondere una prestazione, al massimo entro 10 giorni dal momento in cui è a conoscenza del pagamento dell'indennità. La copertura d'assicurazione si estingue 14 giorni dopo che all'assicuratore è stata notificata la disdetta;
- in caso di aumento dei premi (anche nei casi di cambiamento di fascia d'età), entro un termine di 30 giorni dal ricevimento della polizza o della notifica di aumento;
- in caso di gravi motivi ai sensi dell'articolo 35b LCA.
- in caso di violazione dell'obbligo d'informare da parte dell'assicuratore, secondo l'articolo 3a LCA;

L'assicuratore ha il diritto di disdire il contratto:

- se la persona assicurata ha omesso di dichiarare o ha dichiarato in modo inesatto un fatto importante (falsa dichiarazione/reticenza);
- in caso di giusti motivi ai sensi dell'articolo 35b LCA;
- per i prodotti Legis^{priva}, Legis^{strada} e Legis^{duo}, l'assicuratore può recedere dal contratto al massimo al pagamento del sinistro.

Il contratto d'assicurazione e il diritto alle prestazioni si estinguono in particolare:

- con il decesso della persona assicurata;

- in caso di trasferimento del domicilio all'estero, dalla data di partenza dal territorio svizzero notificata all'autorità comunale o cantonale competente.

Condizioni d'ammissione

La sottoscrizione di una copertura d'assicurazione può essere rifiutata o soggetta a condizioni (ad esempio: malattie esistenti, visita medica, età al momento della richiesta ecc.).

Premi

I premi sono in genere scaglionati in funzione del sesso, delle regioni e delle fasce d'età nel seguente modo (se non diversamente specificato nelle condizioni particolari d'assicurazione): da 0 a 18 anni, da 19 a 25 anni, a partire dal 26° anno, suddivisione in fasce di cinque anni fino a 70 anni. Si applica poi una sola fascia d'età da 71 a 99 anni.
La persona assicurata che durante l'anno raggiunge l'età massima della sua classe d'età è automaticamente trasferita nella classe d'età superiore all'inizio dell'anno civile successivo.
Come per le assicurazioni Mundo, Legis e Dentaire plus, alcuni prodotti prevedono una struttura tariffaria diversa.
L'ammontare dei premi per i prodotti scelti è precisato nella proposta d'assicurazione, nell'offerta e nella polizza. Se il premio è ancora soggetto a modifica prima dell'entrata in vigore dell'assicurazione, sarà indicato nella polizza.
Se sono concessi bonus famiglia, questi cessano di essere applicati, e si applica il premio ordinario, se le condizioni necessarie non sono più adempiute.

Obblighi della persona assicurata

Obbligo di ridurre il danno

In caso di malattia o d'infortunio, la persona assicurata deve sottoporsi il più rapidamente possibile ad un trattamento medico adeguato. Deve attenersi alle prescrizioni del medico ed evitare tutto ciò che potrebbe causare un aggravamento del suo stato di salute.
Prima di qualsiasi trattamento, la persona assicurata deve informarsi se la terapia scelta, il fornitore di cure o il centro presso il quale deve farsi curare sono riconosciuti dall'assicuratore. Qualsiasi cambiamento volontario di terapia o di fornitore di cure nel corso del trattamento deve essere prima autorizzato dall'assicuratore.

Obbligo di dichiarare – termini

- L'ammissione della persona assicurata in un ospedale o in una clinica deve essere comunicata all'assicuratore al massimo entro cinque giorni. Se è richiesta una garanzia d'assunzione, la notifica deve essere fatta prima dell'ammissione.
- La richiesta d'autorizzazione per una cura termale o di convalescenza deve essere trasmessa all'assicuratore almeno 20 giorni prima dell'inizio della cura, insieme alla prescrizione medica.
- La persona assicurata o la persona avente diritto deve comunicare all'assicuratore qualsiasi infortunio, il più rapidamente possibile, ma al massimo entro 10 giorni.
- Qualsiasi cambiamento (cognome, nome, sesso, stato civile, domicilio, conto bancario o postale, e-mail, telefono) e i decessi devono essere immediatamente notificati all'assicuratore.
- Per i prodotti Legis[priva], Legis[strada], Legis[duo] o Legis[sana+], notifica del sinistro il più rapidamente possibile a Dextra Protezione giuridica SA.

Obbligo di collaborare

La persona assicurata deve fornire all'assicuratore informazioni complete e vere su tutto ciò che riguarda il caso d'assicurazione (malattia, infortunio, maternità, caso giuridico) e sulle malattie e gli infortuni antecedenti.
L'assicuratore è autorizzato ad effettuare verifiche di propria iniziativa e a contattare a tal fine terzi. In particolare, 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. Li scioglie pertanto dal vincolo del segreto professionale.

Pagamento dei premi, franchigie e aliquote

Salvo convenzione contraria e con un supplemento per spese, la persona assicurata deve saldare l'ammontare dei premi annualmente e anticipatamente, mentre deve saldare le franchigie e le aliquote entro trenta giorni dalla fatturazione. In caso di mancato pagamento dopo l'invio di un'ingiunzione, l'assicuratore può sospendere il diritto alle prestazioni. Anche se il premio è in seguito saldato, non è corrisposta alcuna prestazione per i sinistri avvenuti durante il periodo di sospensione.

Inizio del contratto e della copertura d'assicurazione

Il contratto d'assicurazione è sottoscritto non appena l'assicuratore comunica alla persona proponente che accetta la sua proposta.
La copertura d'assicurazione inizia alla data d'entrata in vigore indicata nella polizza d'assicurazione.
Sono riservati i termini d'attesa previsti nelle condizioni generali e particolari d'assicurazione.

Termini d'attesa

Determinate prestazioni sono erogate soltanto dopo un termine d'attesa che comincia a decorrere dal verificarsi del caso d'assicurazione che fa nascere il diritto alle prestazioni d'assicurazione.
Determinate prestazioni sono erogate soltanto dopo un periodo di carenza che comincia a decorrere dall'entrata in vigore del contratto.

Cambiamento di copertura

La proposta di aumentare il rischio coperto (ad esempio, ridurre la franchigia o aumentare il capitale assicurato) nell'ambito dello stesso prodotto è considerata come una proposta di sottoscrivere un nuovo contratto ai sensi dell'articolo 1 LCA.
L'assicuratore si riserva il diritto di accettare o di rifiutare la proposta alle condizioni e nei termini dell'articolo 1 LCA. In particolare, la durata minima e i termini d'attesa si applicano nuovamente e non sussistono diritti acquisiti derivanti dal vecchio contratto.

Tipo ed estensione della copertura d'assicurazione

I prodotti AJ, DP, GO, HB, HC, HS, LJ, LS, SD, SO, ST e PI rientrano nella categoria di assicurazioni di danni e indennizzano quindi il danno subito fino a concorrenza delle prestazioni assicurate.
I prodotti AD, AM, BH, ID, KH e KP rientrano nella categoria di assicurazioni di somme e, in caso di sinistro, prevedono il pagamento della somma fissa definita contrattualmente, indipendentemente dal danno effettivo subito.
Le prestazioni dell'assicurazione MU rientrano nella categoria di assicurazioni di danni, eccetto per il capitale in caso di decesso.
Le prestazioni dell'assicurazione AB rientrano nella categoria di assicurazioni di danni, eccetto per i capitali in caso di ospedalizzazione, d'invalidità e di decesso.
Gli importi, le percentuali, le limitazioni nel tempo e le condizioni di assunzione delle prestazioni (ad esempio su prescrizione medica), sono descritti nelle condizioni particolari di ogni prodotto, in particolare nelle tavole sinottiche delle prestazioni.
Le prestazioni per le assicurazioni d'ospedalizzazione sono erogate esclusivamente per i centri di cura riconosciuti dall'assicuratore. Per le ospedalizzazioni in centri non riconosciuti, le prestazioni possono essere limitate o addirittura rifiutate. Le relative condizioni sono descritte nelle condizioni particolari di ogni prodotto. Prima di ogni ospedalizzazione, pertanto, la persona assicurata ha l'obbligo di informarsi se il centro in cui desidera farsi curare è riconosciuto dall'assicuratore o meno.
Alcune limitazioni di prestazioni si applicano nei prodotti HC, HB, HS e AJ o per le ospedalizzazioni in centri di cura psichiatrici o per le degenze di riabilitazione/rieducazione o nei casi di emergenza all'estero.
Per i prodotti HC e HS, sussiste una limitazione della durata delle prestazioni (90 giorni) in un ospedale per cure generali. Tale limitazione è di 180 giorni per le persone assicurate nel reparto semiprivato o privato della copertura d'assicurazione GO.
Per i contratti Legis^{priva}, Legis^{strada}, Legis^{duo} e Legis^{sana+} sono previste limitazioni di somme o di spese.
Limitazioni territoriali o di valori litigiosi sono altresì previste per i prodotti Legis^{priva}, Legis^{strada}, Legis^{duo} e Legis^{sana+}.

Enti ospedalieri e medici riconosciuti in caso di ospedalizzazione in un reparto semiprivato o privato

L'assicuratore assume i costi degli enti ospedalieri o dei medici riconosciuti. Se l'assicurato usufruisce di prestazioni da parte di un ente ospedaliero non riconosciuto, le prestazioni ospedaliere sono limitate agli importi indicati nell'appendice A delle condizioni particolari d'assicurazione.

L'elenco dei fornitori di prestazioni è disponibile sul sito web dell'assicuratore. È determinante l'elenco valido al momento del trattamento. L'elenco può essere modificato in qualsiasi momento dall'assicuratore.

Terapeuti, centri di cure e misure di promozione della salute riconosciuti dal Groupe Mutuel

Link e criteri pratici sono disponibili sul sito Internet dell'assicuratore o indicati su richiesta della persona contraente o di una persona assicurata.
I link e i criteri riguardano i settori seguenti:

- medicina dolce
- psicoterapeuti non medici / psicologi indipendenti
- cure di convalescenza
- cure termali
- cure di disintossicazione da alcol e tabacco
- fitness
- ginnastica correttiva per la schiena

L'assunzione delle prestazioni dipende dal prodotto sottoscritto e dal livello di copertura scelto.
I link e i criteri per il riconoscimento possono essere modificati in ogni momento dall'assicuratore.
Tali modifiche non danno luogo ad un diritto di disdetta della persona contraente.

Esclusione delle prestazioni

La copertura d'assicurazione è esclusa per:

- Le malattie, gli infortuni e i loro postumi che esistono già al momento della stipulazione del contratto o che si verificano dopo l'estinzione del contratto d'assicurazione.
- Le malattie, gli infortuni e i loro postumi che si verificano per colpa della persona assicurata, come ad esempio: tentato suicidio, mutilazione, alcolismo, altre tossicomanie, abuso di farmaci, cambiamento di sesso, atti temerari, partecipazione a risse e sommosse, ecc.
- Gli incidenti stradali che si verificano allorquando la persona assicurata ha un tasso di alcolemia che costituisce una violazione grave ai sensi della legge sulla circolazione stradale.
- Le conseguenze di eventi bellici all'estero, a meno che la persona assicurata non sia stata colta alla sprovvista dagli eventi nel paese dove soggiorna e a condizione che la malattia o l'infortunio si sia manifestato nei primi 15 giorni dall'inizio di questi eventi.
- Altre esclusioni legate a prodotti specifici.

La lista esauriente delle esclusioni si trova nelle condizioni generali e particolari d'assicurazione.
Se i sinistri sono la conseguenza di una colpa grave della persona assicurata, l'indennità dell'assicuratore è ridotta in proporzione alla colpa.

Agenti del Groupe Mutuel

Gli agenti autorizzati del Groupe Mutuel posseggono una tessera d'accreditamento che devono mostrare ai clienti ad ogni incontro.

Protezione dei dati

Dati personali e sensibili

Groupe Mutuel Services SA tratta i dati personali e i dati 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 di Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA, il suo assicuratore. Il trattamento dei dati è delegato a Groupe Mutuel Services SA (qui di seguito: Groupe Mutuel), una società di 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, siano esse identificate o identificabili, 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 interessate e ai sinistri. Sono trattate le seguenti categorie di dati personali e sensibili: dati di identificazione e di contatto delle persone interessate; dati relativi alla fatturazione delle prestazioni; dati relativi alle prestazioni fornite o al funzionamento dei prodotti e dei servizi o al loro utilizzo, in particolare quando si utilizzano i servizi online. Questi dati sono dichiarativi, vale a dire che il Groupe Mutuel può raccoglierli dalle persone interessate quando queste manifestano interesse e/o sottoscrivono prodotti e servizi che fornisce o distribuisce, e possono provenire 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 e a condizione che la persona interessata abbia espresso il suo consenso esplicito..

Finalità
I dati personali e sensibili delle persone interessate sono trattati dal Groupe Mutuel per le seguenti finalità: per la contrattazione e la stipula dei contratti d'assicurazione, in particolare per la valutazione dei rischi da assicurare, per l'esecuzione dei contratti di assicurazione e in particolare per il trattamento dei sinistri, per garantire il monitoraggio amministrativo, statistico e finanziario del contratto, per consentire la gestione delle attività assicurative del Groupe Mutuel (audit interno ed esterno, ecc.) e l'adempimento dei suoi obblighi legali, per migliorare e sviluppare i servizi forniti, per ottimizzare ed economizzare i costi assicurativi, per effettuare operazioni di prospezione e marketing, per gestire i pagamenti iinsoluti e i contenziosi, per la lotta contro le frodi, il riciclaggio di denaro, il finanziamento del terrorismo e la sottrazione fiscale, nonché per scopi di ricerca e statistici. A tal fine, questi dati possono essere comunicati, condivisi e scambiati tra il Groupe Mutuel e terzi (vedere sotto). I dati utilizzati a fini statistici 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), nonché i suoi subappaltatori, 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 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 degli interessati. 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 l'interessato 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 e a condizione che le persone interessate abbiano espresso il loro consenso esplicito,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, per i sinistri, per i diritti di ricorso, per la riscossione e/o per eventuali litigi tra il Groupe Mutuel, la persona assicurata, l'intermediario assicurativo o i terzi.

Diritti delle persone interessate
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 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.

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.

Consulenze personalizzate e senza impegno

0848 803 111
groupemutuel.ch

Scansionate e scoprite la nostra struttura giuridica
www.groupemutuel.ch/struttura

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

Edizione 8.26 - 1003