

Panoramica delle assicurazioni complementari secondo la LCA



Groupe Mutuel

Salute® Vita® Patrimonio® Impresa®

Groupe Mutuel
Assurances
Versicherungen
Assicurazioni

Indice

Assicurazioni complementari Global	3-4
GI Global classic	
GL Global, livelli di copertura da 1 a 4	
GM Global mi-privée	
GP Global privée	
GX Global flex	
GC Global confort, livelli di copertura da 1 a 4	
GF Global famille	
GT Global temporis	
GO Global smart	
Assicurazioni delle cure complementari	5
SC Assicurazione delle cure complementari, livelli di copertura da 1 a 4	
SB Assicurazione delle cure complementari Bonus	
SA Assicurazione di cure Alterna	
SP Assicurazione Vitalis	
Assicurazioni in caso di ospedalizzazione	5-6
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	6
MU Mundo	
Assicurazione dentaria	7
DP Assicurazione delle cure Dentaire plus	
Assicurazioni complementari contro gli infortuni	7-8
AB Acrobat, l'assicurazione infortuni da 0 a 18 anni	
AJ ActiVita, l'assicurazione infortuni dai 18 anni	
Indennità giornaliera	8
PI Assicurazione individuale di un'indennità giornaliera	
AM Assicurazione d'indennità giornaliera in caso d'incapacità lavorativa domestica Sekunda	
PP Assicurazione d'indennità giornaliera in caso di paternità Paterna	
Assicurazioni di protezione giuridica	9-10
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	
LG Legis ^{sana} , l'assicurazione di protezione giuridica del paziente	
Assicurazioni di capitali e di rendite	11-12
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	
IC Assicurazione di un capitale per i casi d'invalidità o di decesso a seguito di malattia o di infortunio	
IM SanaVista, l'assicurazione di un capitale per i casi d'invalidità o di decesso a seguito di malattia	
KP KidsProtect, rendita per bambini malati	
Informazioni importanti	12-15

Assicurazioni complementari Global

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

Le diverse assicurazioni Global completano in modo ideale l'assicurazione obbligatoria delle cure e offrono sia la copertura delle cure mediche che quella delle spese di ospedalizzazione.

□ GI Global classic

➤ Due moduli a scelta

- **Modulo di base:** assunzione di numerose prestazioni quali la degenza ospedaliera nel reparto comune in tutta la Svizzera, i medicinali fuori lista, le spese di trasporto, le cure termali o di convalescenza, gli occhiali e le lenti a contatto, le vaccinazioni, l'assistenza all'estero.
- **Modulo Option «plus»:** medicina dolce, promozione della salute (fitness, ginnastica correttiva per la schiena, disintossicazione dal tabacco e dall'alcol), consigli di nutrizione, secondo parere medico.
- 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.
- Bonus famiglia in favore dei bambini se almeno uno dei genitori ha sottoscritto alcuni determinati prodotti d'assicurazione; tale bonus decade nel momento in cui le condizioni non sono più adempiute e quando l'assicurato conclude il suo 18° anno d'età.
- Franchigia di Fr. 300.– sulle prestazioni di medicina alternativa, dal 1° gennaio successivo all'anno in cui l'assicurato compie 18 anni.

□ GL Global, livelli di copertura da 1 a 4

- **Quattro diversi livelli di assunzione delle prestazioni:** GL 1, 2, 3 e 4.
- Degenza ospedaliera nel reparto comune in tutta la Svizzera.
- 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.
- Assunzione delle spese per terapie di medicina dolce, cure termali o di convalescenza, medicinali fuori lista, occhiali e lenti a contatto, spese di trasporto, aiuto a domicilio, vaccinazioni, assistenza all'estero; vi sono limiti massimi d'assunzione secondo il livello scelto.
- **Due franchigie a scelta:** Fr. 0.– o Fr. 150.–.

□ GM Global mi-privée

- Adesione possibile fino all'età di 55 anni compiuti.
- Degenza ospedaliera nel reparto semiprivato in tutta la Svizzera.
- 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.
- Assunzione delle spese per terapie di medicina dolce, cure termali o di convalescenza, medicinali fuori lista, occhiali e lenti a contatto, spese di trasporto, aiuto a domicilio, vaccinazioni, assistenza all'estero.
- **Tre franchigie a scelta** per le prestazioni d'ospedalizzazione: Fr. 0.–, Fr. 1'000.– o Fr. 3'000.–.

□ GP Global privée

- Adesione possibile fino all'età di 55 anni compiuti.
- Degenza ospedaliera nel reparto privato in tutta la Svizzera (possibilità di un'opzione mondo, con limite di durata e di importo delle prestazioni, conformemente alle condizioni particolari).
- 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.
- Assunzione delle spese per terapie di medicina dolce, cure termali o di convalescenza, medicinali fuori lista, occhiali e lenti a contatto, spese di trasporto, aiuto a domicilio, vaccinazioni, assistenza all'estero.
- **Tre franchigie a scelta** per le prestazioni d'ospedalizzazione: Fr. 0.–, Fr. 1'000.– o Fr. 3'000.–.

□ GX Global flex

- Adesione possibile fino all'età di 55 anni compiuti.
- **Due moduli a scelta:**
 - **modulo di base Hospiflex:** ad ogni ricovero, scelta del reparto comune, semiprivato o privato a secondo del tipo di intervento da subire e libera scelta del medico o dello specialista, partecipazione dell'assicurato in funzione del reparto scelto.
 - **modulo complementare Careflex:** copertura illimitata di diverse prestazioni in materia di trattamenti ambulatoriali (terapie di medicina dolce, medicinali fuori lista, spese di trasporto, cure termali o di convalescenza) e di prevenzione della salute (fitness, check-up, controllo dentario annuale).
- **Esclusione delle prestazioni:** in caso di maternità.

□ **GC Global confort,** livelli di copertura da 1 a 4

- Adesione possibile fino all'età di 55 anni compiuti.
- **Quattro diversi livelli di assunzione delle prestazioni:** GC 1, 2, 3 e 4.
- Libera scelta del comfort ospedaliero in camera a uno o due letti in tutta la Svizzera (cure come nel reparto comune) in base alla lista dei centri ospedalieri convenzionati.
- 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.
- Assunzione delle spese per terapie di medicina dolce, cure termali o di convalescenza, medicinali fuori lista, occhiali e lenti a contatto, spese di trasporto, aiuto a domicilio, vaccinazioni, assistenza all'estero; vi sono limiti massimi d'assunzione secondo il livello scelto.
- **Due franchigie a scelta:** Fr. 0.– o Fr. 150.–.

□ **GF Global famille**

- Copertura ideale per tutta la famiglia, che include in particolare prestazioni di medicina dolce, cure termali o di convalescenza, medicinali fuori lista, occhiali e lenti a contatto, spese di tra-sporto, assistenza all'estero.
- Prestazioni specifiche per i bambini (da 0 a 18 anni) come: spese di accompagnamento in ambito ospedaliero (baby care), partecipazione alla quota annua di membro di un'associazione sportiva, versamento di un capitale in caso d'invalidità o di decesso del bambino in seguito ad infortunio.
- 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.
- Riduzione di premio dal secondo bambino.

□ **GT Global temporis**

- Possibilità di stipulare immediatamente, per una copertura temporanea e limitata, un'assicurazione «Global» con riduzione di premio (valido per le coperture GL, GM, GP e GC).
- Possibilità di affidarsi in un secondo momento senza compilare un nuovo questionario sullo stato di salute.

□ **GO Global smart, livelli di copertura da 1 a 3**

- **Tre livelli d'assunzione delle prestazioni a scelta:** GO 1, 2, 3.
- Degenze ospedaliere nel reparto comune, semiprivato o privato in tutta la Svizzera secondo il livello di copertura scelta.
- 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.
- Assunzione per i tre livelli delle spese per terapie di medicina dolce, cure termali o di convalescenza, medicinali fuori lista, occhiali e lenti a contatto, spese di trasporto, aiuto a domicilio e prestazioni di prevenzione (fitness, check-up, vaccinazioni); vi sono limiti massimi d'assunzione secondo il livello scelto.
- Assunzione delle cure dentarie e dei costi di cure termali e di convalescenza in Svizzera 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 (cure ambulatoriali e d'ospedalizzazione per trattamenti riconosciuti secondo la LAMal, spese di trasporto, rimpatrio, ricerca e salvataggio, visita di un componente della famiglia) fino a concorrenza di massimo Fr. 100'000.–/anno.
- Con un supplemento di premio, gli assicurati del livello tre possono sottoscrivere l'opzione «Upgrade d'ospedalizzazione in caso d'emergenza all'estero» che dà diritto a un rimborso supplementare delle spese ospedaliere di Fr. 3'000.– al giorno, per 60 giorni al massimo per anno civile.
- **Due franchigie a scelta:** Fr. 0.– o Fr. 500.– (gli assicurati del livello tre possono optare per una franchigia di Fr. 1'000.–).
- Annullamento possibile da parte dell'assicurato al termine di tre anni d'assicurazione per la fine di un anno civile con preavviso di un mese.

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.

□ **SC** L'assicurazione delle cure complementari, livelli di copertura da 1 a 4

- **Quattro diversi livelli di copertura:** SC 1, 2, 3 e 4.
- Possibilità di usufruire di numerose prestazioni come: medicinali fuori lista, terapie di medicina dolce secondo la lista, cure termali o di convalescenza, occhiali e lenti a contatto, spese di trasporto, aiuto a domicilio, vaccinazioni, vi sono limiti massimi d'assunzione secondo il livello scelto.
- **Due franchigie a scelta:** Fr. 0.– o Fr. 50.–.

□ **SB** L'assicurazione delle cure complementari Bonus

- Adesione possibile fino all'età di 60 anni compiuti.
- Assicurazione flessibile dalle prestazioni illimitate e con interessanti riduzioni di premio grazie al sistema di bonus, calcolato sul volume delle prestazioni durante un periodo di riferimento. Il premio massimo equivale al 100% del premio ordinario.
- Numerose prestazioni rimborsate illimitatamente come terapie di medicina dolce, medicinali fuori lista, spese di trasporto, cure termali, libera scelta del medico in tutta la Svizzera.
- Prestazioni per misure di prevenzione: ginnastica correttiva per la schiena, fitness, disintossicazione dal tabacco e dall'alcol, controllo dentario annuale.
- Se non si usufruisce di prestazioni, è possibile ottenere un'interessante riduzione del premio grazie al sistema di bonus.
- **Franchigia:** Fr. 150.– (non percepita sulle prestazioni di prevenzione).

□ **SA** L'assicurazione di cure Alterna

- Assunzione dell'80% dei costi delle cure di medicina alternativa prodigate da medici FMH.
- Terapie riconosciute: agopuntura, auricoloterapia, biodinamica, biorisonanza, elettroagopuntura, EMDR (desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari), etiopatia, fitoterapia, ipnosi medica, magnetoterapia, medicina tradizionale cinese, medicina antroposofica, mesoterapia, omeopatia, ortobionomia, osteopatia, rebirthing, sofrologia, terapia neurale, training autogeno.
- Copertura delle spese per medicinali relativi a terapie di medicina dolce fino ad un importo massimo di Fr. 2'000.– l'anno.
- Riduzione d'abbinamento per le persone che hanno sottoscritto determinati prodotti d'assicurazione; il diritto a tale riduzione decade non appena le condizioni non sono più adempiute.

□ **SP** L'assicurazione Vitalis

- Adesione possibile fino all'età di 60 anni compiuti.
- Il premio è uguale per tutti gli assicurati.
- Assunzione delle spese per le cure balneari e di convalescenza, aiuto domestico, spese di trasporto e di salvataggio, mezzi ausiliari, misure di prevenzione (ad esempio check-up medico) e cure palliative.
- Partecipazione del 10% sulle spese relative a mezzi ausiliari, cure e mezzi di prevenzione.

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 (livello 1);
 - reparto semiprivato in tutta la Svizzera (livello 2);
 - reparto privato in tutta la Svizzera (livello 3);
- reparto privato in tutto il mondo (livello 4), con limite di durata e di importo delle prestazioni, conformemente alle condizioni particolari.
- Libera scelta del centro ospedaliero.
- 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:** Fr. 0.–, Fr. 1'000.– o Fr. 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 dell'assicurato al momento dell'ospedalizzazione.
- Partecipazioni a carico dell'assicurato in base al reparto scelto (Fr. 0.– nel reparto comune, Fr. 100.– al giorno, massimo 30 giorni per anno civile, nel reparto semiprivato e Fr. 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 l'assicurato è ospedalizzato 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 dell'assicurato. 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 di un centro ospedaliero convenzionato (classe 1);
 - comfort ospedaliero in camera a un letto, cure come nel reparto comune di un centro ospedaliero convenzionato (classe 2);
 - camera a due letti, nel reparto semiprivato (classe 3);
 - camera a un letto e cure come nel reparto privato (classe 4).

- Durante il primo anno d'assicurazione (12 mesi), l'assicuratore accorda solo le prestazioni d'ospedalizzazione nel reparto comune in tutta la Svizzera. Dopo questo primo anno, entra in vigore il diritto alle prestazioni dell'assicurazione Hôpital senior, conformemente alla classe scelta dall'assicurato.
- **Tre franchigie a scelta per i livelli 3 e 4:** Fr. 0.–, Fr. 2'000.– o Fr. 5'000.–.

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

- **Nove capitali annui a scelta** per far fronte agli inconvenienti derivanti da una degenza ospedaliera di tipo acuto di oltre 24 ore, come, ad esempio, aiuto domestico o baby sitting, da pre-definire tra le seguenti possibilità:
 - Fr. 300.– ➤ Fr. 500.– ➤ Fr. 600.–
 - Fr. 900.– ➤ Fr. 1'000.– ➤ Fr. 1'200.–
 - Fr. 1'500.– ➤ Fr. 2'000.– ➤ Fr. 2'500.–
- **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 Fr. 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'affiliazione.
- 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 Mondo

- Copertura contro le malattie e gli infortuni valida in tutto il mondo.
- Assunzione delle spese fino ad un ammontare massimo di Fr. 100'000.– l'anno per trattamenti ambulatoriali e ospedalizzazioni trasporti necessari per motivi di salute, rimpatrio, ricerca e salvataggio.

- **Esclusione delle prestazioni per:** trattamenti volontari all'estero, malattie già in cura e non guarite prima della partenza all'estero, affezioni oggetto di riserve, affezioni psichiatriche e spese personali (bibite, telefono ecc.).
- Riduzione di abbinamento per le persone che hanno sottoscritto determinati prodotti d'assicurazione; la riduzione decade se le 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

- **Quattro livelli di assunzione delle spese a scelta:** DPO, 1, 2, e 3.
- Adesione possibile da 0 a 18 anni per il livello 0 e fino all'età di 60 anni compiuti per i livelli da 1 a 3.
- **Dentaire plus-Kids (DPO):** solo spese di ortodonzia, rimborsate al 75%, max. Fr. 15'000.– l'anno (livello 0).
- **Livelli DP1 a DP3:** rimborso delle spese per trattamenti dentari, compresa l'ortodonzia, contributo di Fr. 75.– per un controllo profilattico l'anno e spese di laboratorio:
 - DP1: 75% dell'importo fatturato secondo la tariffa LAINF, max. Fr. 1'000.– l'anno civile (livello 1);
 - DP2: 75% dell'importo fatturato secondo la tariffa LAINF, max. Fr. 3'000.– l'anno civile (livello 2);
 - DP3: 75% dell'importo fatturato secondo la tariffa LAINF, max. Fr. 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'affiliazione, 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.
- Al 1° gennaio dell'anno successivo a quello in cui l'assicurato del livello 0 compie 18 anni, l'assicurato è automaticamente trasferito dal livello 0 al livello 1, a condizione che non abbia già sottoscritto un livello 1, 2 o 3. Un eventuale bonus famiglia decade. L'assicurato può opporsi a tale trasferimento, per iscritto, entro 30 giorni dal ricevimento della nuova polizza.

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 tutti gli assicurati 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, 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 Fr. 700'000.–) o di decesso (Fr. 10'000.–), spese di recupero scolastico, chirurgia estetica, aiuto a domicilio, 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 (Fr. 500.–), d'invalidità (fino a Fr. 700'000.–) o di decesso (Fr. 10'000.–), Groupe Mutuel Assistance in caso d'emergenza in Svizzera e all'estero, spese di recupero scolastico, chirurgia estetica, aiuto a domicilio, spese di trasporto, di ricerca e di salvataggio.
- Dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello in cui compie 18 anni, l'assicurato che ha sottoscritto il livello Acrobat^{light} e Acrobat^{standard} è automaticamente trasferito 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, l'assicurato che ha sottoscritto il livello Acrobat^{eco} è automaticamente trasferito 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 (Fr. 1'500.–/caso), chirurgia estetica (Fr. 60'000.–/caso), custodia del domicilio (Fr. 1'500.–/caso), rimborso di un abbonamento per attività sportive (Fr. 500.–/caso).
- **Esclusione delle prestazioni per:** attività sportive effettuate a titolo professionale e atti temerari secondo le norme della LAINF.

Indennità giornaliera

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.
- Il contratto cessa in caso di disdetta inviata per raccomandata alla fine dell'anno civile, con preavviso di tre mesi, e per gli altri motivi specificati nell'articolo 6 delle condizioni generali d'assicurazione.
- Interessante copertura del rischio malattia e/o infortunio, particolarmente adatta per chi esercita un'attività professionale indipendente.
- Un'indennità giornaliera fino a Fr. 600.– al giorno.
- Durata delle prestazioni: 365, 730 o 1'095 giorni di un anno civile.
- Ampia scelta di termini d'attesa.
- Interessanti riduzioni di premio.
- In caso d'incapacità di guadagno totale o parziale, la notifica deve pervenire all'assicuratore entro 15 giorni dall'inizio dell'interruzione di lavoro, insieme ad un certificato medico.
- **Esclusione delle prestazioni** per tutti i casi menzionati nell'articolo 9 cpv. 3 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 Fr. 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.

□ PP L'assicurazione di un'indennità giornaliera in caso di paternità Paterna

- Questa copertura assicurativa non può essere sottoscritta individualmente, ma solo nell'ambito di un contratto collettivo.
- Cerchia di persone assicurate: gli uomini impiegati da almeno 270 giorni nell'azienda assicurata.
- Indennità giornaliera corrisposta in caso di congedo paternità concesso dall'azienda assicurata, conformemente al regolamento del personale o alla convenzione collettiva applicabile.
- Tre livelli di copertura a scelta del datore di lavoro: indennità giornaliera equivalente all'80%, al 90% o al 100% del salario AVS, vale a dire il salario mensile X 12 (o 13 se tredicesima) diviso per 260.
- Durata delle prestazioni a scelta del datore di lavoro: 2, 3, 5, 10, 15 o 20 giorni.
- Esclusione delle prestazioni: se il dipendente rinuncia al congedo paternità e per i congedi presi più di sei mesi dopo la nascita o l'adozione del bambino.
- Fine della copertura assicurativa per gli assicurati che non fanno più parte delle cerchia di assicurati, in caso di interruzione volontaria del lavoro che non dà diritto a un salario e in caso di disdetta o di sospensione del contratto d'assicurazione collettivo. Un preavviso di tre mesi è necessario per la disdetta del contratto collettivo alla scadenza.

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^{privata}

- 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 dell'assicurato, in caso di trasferimento del domicilio all'estero, in caso di disdetta da parte della persona assicurata o da parte di GMA SA.
- Dopo ogni sinistro, l'assicurato 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^{privata}.
- Assistenza giuridica da parte di Dextra Protezione giuridica SA e assunzione, fino a Fr. 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 Fr. 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 Fr. 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.
- **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 Fr. 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 Fr. 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 dell'assicurato 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 Fr. 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 l'assicurato, 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 dall'assicurato, né le spese che incombono a terzi o ad un'assicurazione di responsabilità civile, nonché le multe cui l'assicurato viene condannato. 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 dell'assicurato, in caso di trasferimento del domicilio all'estero, in caso di disdetta da parte della persona assicurata o da parte di GMA SA.
- Dopo ogni sinistro, l'assicurato 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 Fr. 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 Fr. 100.–, ecc.

- Intervento esclusivamente del servizio giuridico di Dextra Protezione giuridica SA se valore litigioso inferiore a Fr. 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 l'assicurato, quale conducente di un veicolo, non aveva la patente necessaria, la difesa contro pretese di responsabilità civile emesse da terzi contro l'assicurato, 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 dall'assicurato, né le spese che incombono a terzi o ad un'assicurazione di responsabilità civile, nonché le multe cui l'assicurato viene condannato, 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.

□ LG L'assicurazione di protezione giuridica del paziente Legis^{sana}

- Adesione possibile per le persone fisiche domiciliate in Svizzera.
- Il contratto cessa col decesso dell'assicurato, in caso di trasferimento del domicilio all'estero, in caso di disdetta da parte della persona assicurata.
- Il premio è uguale per gli assicurati da 0 a 18 anni e per gli assicurati da 19 a 99 anni.
- Assistenza giuridica da parte di Dextra Protezione giuridica SA e assunzione dei costi per le azioni da intentare in caso di errore di diagnosi o di trattamento, in particolare gli onorari di avvocati e altri delegati, le spese di perizia, le spese e tasse di giustizia, ecc., fino a concorrenza di Fr. 300'000.–/caso.
- **Esclusione delle prestazioni:** per i trattamenti psichiatrici o le contestazioni di onorari o di fatture, i risarcimenti danno e i costi a carico di un terzo responsabile o del suo assicuratore e le spese a carico dell'assicuratore di responsabilità civile dell'assicurato.

Assicurazione di capitali e di rendite

Assicuratori che assumono il rischio: Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA – Martigny, per le assicurazioni ProVista (ID), ProVista^{light} (AD) e KidsProtect (KP)

Groupe Mutuel Vita GMV SA – Martigny, per l'assicurazione di un capitale in caso d'invalidità o di decesso a seguito di malattia o d'infortunio (IC) e per l'assicurazione SanaVista (IM)

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 ripartiti in funzione delle classi di età e dei capitali assicurati.
- Libera scelta dei vari abbinamenti di capitale fino ad un massimo di Fr. 200'000.– in caso di decesso e di Fr. 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:
 - Fr. 2'500.– prima dell'età di due anni e sei mesi;
 - Fr. 20'000.– tra l'età di due anni e sei mesi e i 12 anni.
- Riduzione delle somme d'assicurazione al 1° gennaio dell'anno successivo a quello in cui l'assicurato compie 70 anni (Fr. 10'000.– in caso di decesso e Fr. 30'000.– in caso d'invalidità).

□ IC Assicurazione di un capitale per i casi d'invalidità o di decesso a seguito di malattia o di infortunio

- Due opzioni di copertura:
 - rischio malattia e infortunio, oppure
 - solo malattia
- Adesione possibile dall'età di 15 anni compiuti all'età di 55 anni compiuti.
- Annullamento possibile da parte dell'assicurato in qualsiasi momento per la fine di un mese.
- Fine dell'assicurazione: al massimo per la fine del mese durante il quale l'assicurato compie 65 anni (uomo) o 62 anni (donna).
- Protezione contro le conseguenze economiche di un'invalidità o di un decesso a seguito di malattia o d'infortunio.
- Versamento di un capitale fino a Fr. 200'000.– per l'acquisto, ad esempio, di impianti ed attrezzature costose o per usufruire di un'assistenza professionale.
- **Esclusione delle prestazioni** se il sinistro è stato causato intenzionalmente dal contraente o dall'avente diritto.

□ IM SanaVista, l'assicurazione di un capitale per i casi d'invalidità o di decesso a seguito di malattia

- Scelta di diversi capitali per la copertura delle conseguenze di un'invalidità o di un decesso a seguito di malattia.
- Annullamento possibile da parte dell'assicurato al termine di cinque anni d'assicurazione per la fine di un anno civile.
- Fine dell'assicurazione: al massimo alla fine del mese in cui l'assicurato compie 65 anni (uomo) o 62 anni (donna).

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 Fr. 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 giustificare 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 cancro 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 cancro diagnosticati presso l'assicurato positivo al virus HIV.
- Il contratto d'assicurazione e il diritto alle prestazioni cessano, in particolare: alla fine dell'anno civile durante il quale l'assicurato 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

La firma della proposta d'assicurazione non costituisce una domanda d'offerta, ma una dichiarazione formale all'assicuratore di voler sottoscrivere una o più assicurazioni complementari. Il proponente resta vincolato all'assicuratore conformemente alle disposizioni dell'articolo 1 LCA.

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.

Durata minima d'assicurazione

La durata minima delle assicurazioni complementari è di cinque anni, eccetto per l'assicurazione Global smart, per la quale il periodo minimo contrattuale è di tre anni, per le assicurazioni Alterna, Mundo e Legis^{sana}, per le quali il periodo minimo del contratto è di un anno; per le assicurazioni Legis^{priva}, Legis^{strada} e Legis^{duo}, la cui durata minima del contratto è di cinque anni o di otto anni, a scelta; per l'assicurazione di un'indennità giornaliera PI, la cui scadenza è indicata nella polizza.

Se il contratto non è disdetto per la fine del periodo minimo, si rinnova tacitamente da un anno all'altro.

Fine del contratto d'assicurazione

Il contraente ha il diritto di disdire il contratto:

- per la fine di un anno civile, con preavviso di sei mesi, non prima tuttavia della fine del periodo minimo d'assicurazione (ad eccezione delle assicurazioni PI, IC e GO);

- 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 d'aumento dei premi, entro 30 giorni dal ricevimento della polizza o della notifica d'aumento;
- 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 l'assicurato ha omesso di dichiarare o ha dichiarato in modo inesatto un fatto importante (falsa dichiarazione/reticenza);
- 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 dell'assicurato;
- in caso di trasferimento del domicilio all'estero, alla fine del periodo d'assicurazione per il quale è stato pagato il premio, e a condizione che non sia stato convenuto diversamente.

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 generalmente fissati in funzione del sesso, delle regioni e delle classi d'età, che sono suddivise come segue: da 0 a 18 anni, da 19 a 25 anni, dai 26 anni, in fasce di cinque anni, fino a 70 anni. Si applica una classe unica da 71 a 99 anni.

L'assicurato che durante l'anno raggiunge l'età massima della sua classe d'età è automaticamente trasferito 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 accordati bonus famiglia, questi cessano di essere applicati, e si applica il premio ordinario, se le condizioni necessarie non sono più adempite.

Obblighi dell'assicurato

Obbligo di ridurre il danno

In caso di malattia o d'infortunio, l'assicurato 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, l'assicurato 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 dell'assicurato 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.
- L'assicurato o l'avente diritto deve comunicare all'assicuratore qualsiasi infortunio, il più rapidamente possibile, ma al massimo entro 10 giorni.
- L'avente diritto deve notificare all'assicuratore il decesso della persona assicurata al massimo entro 30 giorni.
- Per i prodotti Legis^{privata}, Legis^{strada}, Legis^{duo} o Legis^{sana}, notifica del sinistro il più rapidamente possibile a Dextra Protezione giuridica SA.

Obbligo di collaborare

L'assicurato 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, l'assicurato autorizza espressamente i terapeuti che l'hanno curato 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. Egli li scioglie pertanto dal vincolo del segreto professionale.

Pagamento dei premi, franchigie e aliquote

Salvo convenzione contraria e con un supplemento per spese, l'assicurato 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 al 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 e di carenza previsti nelle condizioni generali e particolari d'assicurazione.

Termini d'attesa e di carenza

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.

Estensione della copertura d'assicurazione

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, l'assicurato 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 rami GI, GL, GM, GP, GX, GC, GF, HC, HB, HS e AJ o per le ospedalizzazioni in centri

di cura psichiatriche o per le degenze di riabilitazione/rieducazione o nei casi di emergenza all'estero.

Per i rami GM, GP, GC, 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 gli assicurati nel reparto semiprivato o privato del ramo GO.

Per i contratti Legis^{privata}, 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^{privata}, Legis^{strada}, Legis^{duo} e Legis^{sana}.

Fornitori, 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 del 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 del 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 dell'assicurato, come ad esempio: tentato suicidio, mutilazione, alcolismo, altre tossicomanie, abuso di farmaci, cambiamento di sesso, atti temerari, partecipazione a risse e sommosse, ecc.;
- Le conseguenze di eventi bellici all'estero, a meno che l'assicurato non sia stato sorpreso 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 dell'assicurato, 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

Il Groupe Mutuel Services SA tratta i dati personali e i dati sensibili del contraente, della persona assicurata, e, se del caso, dei loro aventi diritto o delle persone vincolate (qui di seguito: le persone interessate) per conto del Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA, il suo 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 degli interessati, vale a dire quei dati che il Groupe Mutuel può raccogliere dagli interessati 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 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 agli interessati 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, per i sinistri, per i diritti di ricorso, per la riscossione e/o per eventuali litigi tra il Groupe Mutuel, l'assicurato, 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 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.

Prodotti d'assicurazione all'altezza delle vostre esigenze

Il Groupe Mutuel riunisce varie società indipendenti attive nei settori dell'assicurazione malattia e infortunio, dell'assicurazione vita, delle assicurazioni di patrimonio e delle assicurazioni per le imprese (indennità giornaliera, assicurazione contro gli infortuni, previdenza professionale e assicurazione malattia complementare). Informatevi sulla vasta gamma di assicurazioni che proponiamo.

Consulenze personalizzate e senza impegno
dal lunedì al venerdì dalle 8:00 alle 18:00

Hotline 0848 803 111 | **Web** www.groupemutuel.ch



Groupe Mutuel

Salute[®] Vita[®] Patrimonio[®] Impresa[®]

Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA

Rue des Cèdres 5 – Casella postale – CH-1919 Martigny



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 – Mutuel Assicurazioni SA – Groupe Mutuel Vita GMV SA
Fondazioni amministrate dal Groupe Mutuel: Groupe Mutuel Previdenza-GMP – Mutuelle Neuchâteloise Assicurazione Malattia