

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

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

DAGV01-I4 – edizione 01.01.2022

Indice

Art. 1	Basi del contratto d'assicurazione	Art. 13	Esclusioni di prestazioni
Art. 2	Assicuratore che assume il rischio	Art. 14	Obblighi delle persone beneficiarie
Art. 3	Scopo dell'assicurazione	Art. 15	Dovere di informare
Art. 4	Definizioni	Art. 16	Limitazione del diritto alle prestazioni
Art. 5	Condizioni d'adesione	Art. 17	Premi
Art. 6	Proposta d'assicurazione	Art. 18	Modifica del tariffario dei premi
Art. 7	Inizio, durata e fine del contratto	Art. 19	Adeguamento delle condizioni d'assicurazione
Art. 8	Periodo d'assicurazione	Art. 20	Comunicazioni
Art. 9	Validità territoriale	Art. 21	Prescrizione
Art. 10	Capitale assicurato	Art. 22	Giurisdizione e diritto applicabile
Art. 11	Diritto alle prestazioni	Art. 23	Foro competente
Art. 12	Persone beneficiarie del capitale assicurato in caso di decesso della persona assicurata	Art. 24	Protezione dei dati

Art. 1 Basi del contratto d'assicurazione

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

Art. 2 Assicuratore che assume il rischio

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

Art. 3 Scopo dell'assicurazione

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

tualmente nella polizza, a prescindere dal danno effettivamente subito.

Art. 4 Definizioni

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

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

Art. 5 Condizioni d'adesione

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

Art. 6 Proposta d'assicurazione

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

dall'accettazione della proposta da parte sua.

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

Art. 7 Inizio, durata e fine del contratto

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

Art. 8 Periodo d'assicurazione

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

Art. 9 Validità territoriale

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

Art. 10 Capitale assicurato

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

Art. 11 Diritto alle prestazioni

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

decesso, in particolare se questo avviene fuori della Svizzera.

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

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

Art. 13 Esclusioni di prestazioni

1. Non sussiste alcuna copertura per:
 - a. il decesso che avviene più di dodici mesi dopo che si è verificato l'infortunio;
 - b. il decesso che avviene più di trenta giorni dopo che è stata emessa la diagnosi di affezione improvvisa. Tale termine è prorogato a 90 giorni se l'affezione si è complicata e si è trasformata in stato comatoso, fino al decesso;
 - c. i decessi che non derivano dai rischi assicurati descritti nell'articolo 4 cpv. 1-3 delle presenti condizioni generali d'assicurazione;
 - d. i decessi legati ad affezioni già diagnosticate o trattate o da infortuni già verificatisi alla sottoscrizione del contratto;
 - e. i decessi connessi a eventi che si sono verificati prima dell'entrata in vigore del contratto d'assicurazione o dopo l'estinzione del contratto d'assicurazione;
 - f. il suicidio, la mutilazione volontaria e i tentativi dell'uno o dell'altra;
 - g. i danni alla salute derivanti dall'azione dei raggi ionizzanti e i danni causati dall'energia atomica;
 - h. in un contesto bellico o che presenta il carattere di operazioni belliche, in Svizzera o all'estero, a meno che la persona assicurata non sia stata colta alla sprovvista da tali eventi nel paese in cui soggiorna e che l'affezione improvvisa o l'infortunio che ha determinato il decesso si verifica entro 15 giorni dall'inizio

di tali eventi e che la(e) persona(e) beneficiaria(e) produca(no) la prova che la persona assicurata non ha partecipato attivamente a tali eventi;

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

Art. 14 Obblighi delle persone beneficiarie

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

Art. 15 Dovere di informare

1. Qualsiasi cambiamento (cognome, nome, sesso, stato civile, domicilio, e-mail, telefono) deve essere immediatamente notificato all'assicuratore. In caso di violazione di suddetti obblighi, la persona contraente assume le conseguenze e i costi che ne derivano.
2. Se la persona assicurata trasferisce il proprio domicilio legale o la propria residenza fuori della Svizzera, deve informare l'assicuratore e trasmettergli un attestato di partenza rilasciato dal comune o dal cantone. Su questa base, l'assicuratore disdice il contratto d'assicurazione dalla data di partenza indicata nell'attestato.
3. **Se la persona assicurata omette di effettuare tale notifica, non appena ne è a conoscenza l'assicuratore può metter fine alla copertura assicurativa con effetto alla fine del mese durante il quale la partenza dalla Svizzera è stata notificata alle autorità comunali o cantonali competenti.**

Art. 16 Limitazione del diritto alle prestazioni

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

Art. 17 Premi

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

Art. 18 Modifica del tariffario dei premi

1. L'assicuratore può adeguare il tariffario dei premi in funzione dell'evoluzione dei sinistri.
2. L'assicuratore deve informare la persona contraente del nuovo premio almeno trenta giorni prima della scadenza del periodo d'assicurazione. In questo caso, la persona contraente ha il diritto di disdire il contratto d'assicurazione per la fine del periodo d'assicurazione in corso, entro 30 giorni dal ricevimento della polizza o dalla notifica

dell'aumento. La disdetta deve pervenire all'assicuratore entro trenta giorni.

3. Se la persona contraente non disdice il contratto, gli adeguamenti effettuati a livello dei premi sono considerati accettati.

Art. 19 Adeguamento delle condizioni d'assicurazione

1. L'assicuratore ha il diritto di adeguare le presenti condizioni d'assicurazione, in particolare se subentrano modifiche legali o se avvengono notevoli cambiamenti nell'ambito della medicina moderna e dei metodi di previsione delle malattie.
2. Le nuove condizioni si applicano alla persona contraente se sono adeguate, conformemente al primo capoverso, durante la validità dell'assicurazione. L'assicuratore comunica tali adeguamenti per iscritto alla persona contraente. **Se la persona contraente non li accetta, può disdire il relativo contratto con effetto alla data d'entrata in vigore degli adeguamenti. Se l'assicuratore non riceve alcuna disdetta entro 30 giorni, le nuove disposizioni sono accettate.**

Art. 20 Comunicazioni

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

Art. 21 Prescrizione

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

Art. 22 Giurisdizione e diritto applicabile

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

Art. 23 Foro competente

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

Art. 24 Protezione dei dati

Dati personali e sensibili

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

Base giuridica

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

Finalità

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

Sicurezza

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

Trasferimento dei dati

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

Profilatura

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

Durata di conservazione

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

Diritti di accesso e di rettifica

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

Data Protection Officer

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

dataprotection@groupemutuel.ch.

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