

# Condizioni generali dell'assicurazione indennità giornaliera

PI

PIGA02-I1 – edizione 01.02.2023

## Indice

### A. Generalità

- Art. 1** Scopo dell'assicurazione  
**Art. 2** Basi giuridiche del contratto  
**Art. 3** Definizioni

### B. Estensione dell'assicurazione

- Art. 4** Polizza d'assicurazione  
**Art. 5** Condizioni d'adesione  
**Art. 6** Validità territoriale e temporale

### C. Inizio e fine del contratto

- Art. 7** Inizio e fine del contratto  
**Art. 8** Disdetta a seguito di sinistro  
**Art. 9** Pretesa fraudolenta

### D. Copertura d'assicurazione

- Art. 10** Inizio e fine della copertura d'assicurazione

### E. Prestazioni assicurate

- Art. 11** Condizioni  
**Art. 12** Termine d'attesa

- Art. 13** Prestazioni all'estero  
**Art. 14** Limitazione del diritto alle prestazioni  
**Art. 15** Fine del diritto alle prestazioni

### F. Premi

- Art. 16** Calcolo dei premi  
**Art. 17** Adeguamento del tasso di premio  
**Art. 18** Pagamento dei premi

### G. Altre disposizioni

- Art. 19** Obblighi della persona assicurata  
**Art. 20** Prestazioni di terzi  
**Art. 21** Sovraindennizzo  
**Art. 22** Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni  
**Art. 23** Compensazione  
**Art. 24** Adeguamento delle condizioni d'assicurazione  
**Art. 25** Comunicazioni  
**Art. 26** Giurisdizione  
**Art. 27** Foro competente  
**Art. 28** Protezione dei dati

La società d'assicurazione che assume il rischio è Groupe Mutuel Assicurazioni GMA SA, qui di seguito «l'assicuratore».

## A. Generalità

### Art. 1 Scopo dell'assicurazione

L'assicuratore accorda la propria garanzia per le conseguenze economiche di un'incapacità derivante da malattia o da infortunio, a condizione che tali rischi siano inclusi nella polizza. Le prestazioni non sono versate durante il congedo maternità.

### Art. 2 Basi giuridiche del contratto

Le basi giuridiche del contratto sono costituite:

- dalle presenti condizioni generali d'assicurazione (CGA), dalle disposizioni della polizza e dalle eventuali clausole addizionali;
- dalle dichiarazioni menzionate nella proposta, dalle altre dichiarazioni scritte della persona assicurata e dal questionario sullo stato di salute;
- dalla Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA);
- dalla Legge sulla protezione dei dati (LPD);
- dal Codice delle obbligazioni (CO).

### Art. 3 Definizioni

#### 1. Leggi:

- LAVS: legge federale sull'assicurazione per la vecchiaia e per i superstiti  
LAI: legge federale sull'assicurazione per l'invalidità  
LPP: legge federale sulla previdenza professionale

- LAMal: legge federale sull'assicurazione malattie  
LAINF: legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni  
LAM: legge federale sull'assicurazione militare  
LIPG: legge federale sulle indennità di perdita di guadagno  
LAFam: legge federale sugli assegni familiari e sugli aiuti finanziari a organizzazioni familiari  
LADI: legge federale sull'assicurazione obbligatoria contro la disoccupazione e l'indennità per insolvenza

#### 2. Danno alla salute

Il danno alla salute include la malattia e/o l'infortunio.

#### 3. Malattia

È considerata malattia qualsiasi danno involontario alla salute fisica, mentale o psichica, medicalmente e oggettivamente identificabile che non sia la conseguenza di un infortunio o dei suoi postumi e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità. Le complicazioni legate alla gravidanza sono equiparate a una malattia.

#### 4. Infortunio

È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, medicalmente e oggettivamente identificabile, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte.

Sono altresì equiparati a un infortunio, i postumi di un infor-

tunio, le ricadute di infortuni, le lesioni personali equiparate a un infortunio e le malattie professionali ai sensi della LAINF.

#### **5. Incapacità**

Salvo diversa indicazione, il termine incapacità concerne tanto l'incapacità lavorativa quanto l'incapacità di guadagno.

#### **6. Incapacità lavorativa**

È considerata incapacità al lavoro qualsiasi perdita, totale o parziale, della capacità della persona assicurata di compiere un lavoro ragionevolmente esigibile da lei nell'ambito della propria professione, se tale perdita deriva da un danno alla salute fisica, mentale o psichica. Dal momento in cui la ripresa della professione abituale non è più possibile, il diritto alle prestazioni dipende dall'incapacità di guadagno.

#### **7. Incapacità di guadagno**

- a. È considerata incapacità di guadagno la diminuzione, totale o parziale, delle possibilità di guadagno della persona assicurata su un mercato del lavoro equilibrato.
- b. Per valutare la presenza di un'incapacità di guadagno, sono considerate esclusivamente le limitazioni mediche dovute al danno alla salute.
- c. L'incapacità di guadagno è determinata dalla differenza tra il reddito ottenuto prima dell'incapacità lavorativa nella professione abitualmente esercitata e il reddito medio che dal punto di vista medico potrebbe essere realizzato in un'altra attività, tenuto conto del livello di competenze della persona assicurata, secondo la Rilevazione svizzera della struttura dei salari (RSS) in vigore.

#### **8. Caso d'assicurazione**

È considerato caso d'assicurazione il verificarsi di un'incapacità causata da uno o più danni alla salute che possono verificarsi durante lo stesso periodo d'incapacità.

#### **9. Ricaduta**

È considerata ricaduta un'incapacità medicalmente connessa a un caso anteriore, che insorge durante il periodo di copertura e durante i 365 giorni dalla fine dell'incapacità anteriore. A queste condizioni, la ricaduta fa parte dello stesso caso d'assicurazione dell'incapacità anteriore.

## **B. Estensione dell'assicurazione**

### **Art. 4 Polizza d'assicurazione**

Nella polizza d'assicurazione si trovano tutti i dettagli della copertura d'assicurazione, in particolare i rischi assicurati, l'importo dell'indennità giornaliera, il termine d'attesa e la durata delle prestazioni.

### **Art. 5 Condizioni d'adesione**

1. Qualsiasi persona domiciliata in Svizzera e chi vi esercita un'attività lucrativa, di età compresa tra 15 anni compiuti e 55 anni non ancora compiuti, può chiedere di aderire all'assicurazione.
2. Libero passaggio
  - a. Una persona che esce da un'assicurazione collettiva d'indennità giornaliera sottoscritta presso l'assicuratore può passare nella presente assicurazione individuale, con riserva delle condizioni della suddetta assicurazione collettiva.
  - b. Il libero passaggio concerne soltanto i rischi malattia e infortunio.

- c. Nell'ambito del libero passaggio, anche la persona frontaliera che esercita un'attività lucrativa in Svizzera o la persona domiciliata in Svizzera che non ha ancora raggiunto l'età AVS, può richiedere l'adesione.
3. Salvo per le persone che aderiscono nell'ambito del libero passaggio, è richiesto un esame dello stato di salute.

## **Art. 6 Validità territoriale e temporale**

### **1. Validità territoriale**

La copertura d'assicurazione è garantita finché la persona assicurata è domiciliata in Svizzera. Per la persona assicurata domiciliata all'estero, la copertura continua finché può dimostrare di percepire un reddito proveniente da un'attività lucrativa in Svizzera.

### **2. Validità temporale**

La persona totalmente o parzialmente inabile al lavoro al momento dell'entrata in vigore della polizza non è assicurata. Lo sarà non appena avrà riacquisito per almeno 30 giorni la piena capacità lavorativa. Rimangono riservati i casi di libero passaggio.

## **C. Inizio e fine del contratto**

### **Art. 7 Inizio e fine del contratto**

#### **1. Inizio del contratto**

La data d'entrata in vigore del contratto è indicata nella polizza, come pure la sua scadenza, fissata al 31 dicembre di un anno civile.

#### **2. Rinnovo tacito del contratto**

Alla scadenza della polizza e salvo notifica di disdetta ricevuta al massimo entro il 30 settembre dell'anno civile, il contratto è prolungato tacitamente da un anno all'altro.

#### **3. Fine del contratto**

Il contratto si estingue:

- a. in caso di cessazione dell'attività lucrativa;
- b. in caso di mancato pagamento dei premi ai sensi dell'articolo 18 cpv. 3 delle presenti CGA;
- c. se la persona assicurata domiciliata all'estero non giustifica più di percepire un reddito proveniente da un'attività lucrativa in Svizzera;
- d. in caso di disdetta (in particolare per un motivo grave ai sensi della LCA);
- e. in caso di esaurimento del diritto massimo alle prestazioni;
- f. alla fine del mese durante il quale la persona assicurata raggiunge l'età della pensione AVS.

L'assicuratore non possiede alcun diritto di recesso alla scadenza ai sensi dell'articolo 35a LCA.

### **Art. 8 Disdetta a seguito di sinistro**

1. Dopo ogni sinistro per cui l'assicuratore deve erogare una prestazione, la persona assicurata ha il diritto di recedere dal contratto entro 14 giorni da quando è venuta a conoscenza del pagamento dell'indennizzo. Se la persona assicurata recede dal contratto, l'assicurazione cessa di produrre i propri effetti 14 giorni dopo che l'assicuratore riceve la notifica di disdetta. Se la persona contraente disdice il contratto durante l'anno successivo all'entrata

in vigore della copertura d'assicurazione, l'assicuratore mantiene il diritto al premio per il periodo d'assicurazione in corso. Negli altri casi, il premio è dovuto solo fino alla fine del contratto.

2. L'assicuratore non possiede alcun diritto di disdetta in caso di sinistro.

## Art. 9 Pretesa fraudolenta

L'assicuratore può annullare o disdire la polizza, se la persona assicurata ha ottenuto o ha cercato di ottenere profitti illeciti a danno dell'assicuratore.

## D. Copertura d'assicurazione

### Art. 10 Inizio e fine della copertura d'assicurazione

1. La copertura d'assicurazione comincia a decorrere dall'entrata in vigore della polizza.
2. La copertura d'assicurazione cessa in uno dei seguenti casi:
  - a. alla fine del contratto ai sensi dell'articolo 7 cpv. 3;
  - b. in caso di sospensione del contratto.

Per quanto concerne il diritto alle prestazioni, si applica l'articolo 15 delle presenti CGA.

## E. Prestazioni assicurate

### Art. 11 Condizioni

1. L'indennità giornaliera è corrisposta in proporzione al tasso d'incapacità che deve essere di almeno il 25%. I giorni d'incapacità inferiore a tale tasso non sono considerati per calcolare la durata delle prestazioni e il termine d'attesa.
2. I giorni di incapacità parziale indennizzati sono contabilizzati come giorni interi. Qualsiasi incapacità totale o parziale deve essere notificata all'assicuratore entro 15 giorni dal suo insorgere. Trascorso tale termine, il giorno in cui l'assicuratore viene a conoscenza dell'incapacità è considerato come primo giorno dell'incapacità con riserva dell'art. 19 cpv. 11 delle presenti CGA.

Se la notifica avviene in ritardo per motivi giustificabili, il versamento delle indennità giornaliera è limitato a 180 giorni precedenti il giorno della notifica.
3. Se il certificato iniziale attesta retroattivamente l'inizio dell'incapacità (certificato antedatato), l'assicuratore si riserva il diritto, in caso di dubbio, di considerare quale primo giorno d'incapacità al più presto tre giorni prima della prima visita presso lo studio medico, con riserva dell'art. 19 cpv. 11 delle presenti CGA.
4. L'assicuratore paga l'incapacità medicalmente attestata e comprovata. Un attestato del medico, basato su regolari consulti in studio, deve essere trasmesso all'assicuratore almeno una volta al mese.
5. Le indennità giornaliera versate rientrano nella categoria di assicurazioni di danni. L'indennizzo non può superare la perdita di guadagno effettiva.
6. L'assicuratore indennizza l'incapacità esclusivamente se la perdita di salario / di guadagno proviene da un'attività

lucrativa esercitata in Svizzera.

7. Le indennità giornaliera sono versate su un conto bancario o postale aperto in Svizzera nella valuta della polizza.
8. Per le ricadute, i giorni d'incapacità lavorativa considerati prima del presente contratto, dall'assicuratore precedente o nell'ambito di un'assicurazione collettiva, sono computati sulla durata massima delle prestazioni previste dalle presenti condizioni generali.
9. La persona assicurata non può impedire l'esaurimento del proprio diritto all'indennità giornaliera rinunciandovi. In questo caso, le prestazioni sono versate a discrezione del medico di fiducia.

### Art. 12 Termine d'attesa

1. L'indennità giornaliera dovuta è corrisposta dopo la scadenza del termine di attesa scelto, per ogni giorno d'incapacità (domenica e giorni festivi inclusi).
2. Se un'incapacità in corso non è più dovuta a un infortunio bensì a una malattia, o viceversa, il termine di attesa si applica al nuovo rischio (infortunio, malattia), a meno che i due rischi non siano coperti dallo stesso assicuratore.
3. Il termine di attesa si applica a ogni incapacità. In caso di ricaduta, si applica soltanto l'eventuale termine di attesa rimanente.
4. Il termine d'attesa è imputato sulla durata delle prestazioni.

### Art. 13 Prestazioni all'estero

1. Con riserva del capoverso 3, durante un soggiorno all'estero, rispettivamente al di fuori delle vicinanze del domicilio per il frontaliere (raggio di 100 km), le prestazioni non sono erogate. Le prestazioni sono corrisposte a partire dal rientro, debitamente attestato, della persona assicurata in Svizzera, rispettivamente nelle vicinanze del domicilio per il frontaliere. Tuttavia, le prestazioni sono corrisposte durante il periodo in cui la persona assicurata è ospedalizzata, a condizione che il rimpatrio non sia possibile.
2. La persona assicurata che lavora all'estero per un datore di lavoro svizzero e la persona assicurata che soggiorna all'estero per motivi di formazione, pur continuando a essere retribuita dal suo datore di lavoro svizzero, hanno diritto alle indennità giornaliera. La copertura d'assicurazione e il diritto alle prestazioni terminano dopo 24 mesi.
3. Durante la sua incapacità, la persona assicurata che desidera viaggiare o stabilirsi all'estero, rispettivamente il frontaliere che desidera lasciare le vicinanze del suo domicilio, deve prima informare l'assicuratore. Dopo aver analizzato le circostanze, l'assicuratore può decidere di continuare a erogare le indennità giornaliera. Se l'assicuratore non ha dato il proprio accordo, le prestazioni all'estero saranno rifiutate.

### Art. 14 Limitazione del diritto alle prestazioni

1. Le prestazioni sono rifiutate:
  - a. in caso di riserva e di reticenza;
  - b. in caso d'incapacità derivante da un intervento di chirurgia estetica volontario non assunto dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico sanitarie;
  - c. in caso di incapacità dovute a terremoti;
  - d. in caso di incapacità dovute ad atti di guerra:

- in Svizzera;
  - all'estero, a meno che la persona assicurata non sia stata colta alla sprovvista da tali avvenimenti nel paese in cui soggiorna e l'incapacità si manifesta entro tre mesi dall'inizio di tali avvenimenti.
- e. in caso di frode o di tentata frode all'assicurazione;
  - f. per i danni alla salute derivanti dall'azione di radiazioni ionizzanti e per i danni causati da radiazioni nucleari, salvo per i danni alla salute derivanti da un trattamento medico;
  - g. in caso d'incapacità durante il servizio militare all'estero;
  - h. in caso di incapacità derivante da un danno alla salute causato dalla persona assicurata (tentato suicidio, suicidio, mutilazione volontaria);
2. Le prestazioni sono ridotte o rifiutate:
    - a. se l'infortunio è causato per colpa della persona assicurata, in caso di pericoli straordinari e di atti temerari ai sensi della LAINF;
    - b. le prestazioni possono essere ridotte o, in casi gravi, persino rifiutate, se la persona assicurata non rispetta gli obblighi di cui all'articolo 19 delle presenti CGA;
    - c. le prestazioni possono essere, temporaneamente o definitivamente, ridotte o rifiutate, se la persona assicurata rifiuta di collaborare alle misure istruttorie (ad esempio farsi esaminare da un medico designato dall'assicuratore) o di fornire tutte le informazioni necessarie su fatti di sua conoscenza che possono servire a determinare il diritto alle prestazioni. La persona assicurata deve rispondere alle domande poste dall'assicuratore in modo completo e veritiero.
    - d. se la persona assicurata non rispetta il principio della riduzione del danno, l'assicuratore può ridurre le indennità all'importo che sarebbe corrisposto se tale obbligo fosse rispettato.
  3. Durante i periodi di sospensione per mancato pagamento dei premi ai sensi dell'articolo 18 delle presenti CGA:
    - i sinistri che si verificano non sono coperti;
    - per i sinistri in corso, il versamento delle prestazioni ricomincia alla data in cui sono saldati i premi arretrati, maggiorati di interessi e spese. In questo caso, i giorni d'incapacità sono computati sulla durata del diritto alle prestazioni.
  4. Il diritto alle prestazioni è sospeso finché la persona assicurata percepisce le prestazioni dell'assicurazione maternità federale secondo la LIPG o cantonali. In assenza d'assicurazione maternità federale o cantonale, il diritto alle prestazioni è sospeso per 56 giorni a decorrere dal parto, se la gravidanza è durata almeno 23 settimane.

## Art. 15 Fine del diritto alle prestazioni

Il diritto alle prestazioni si estingue in uno dei seguenti casi:

- a. in caso di disdetta del contratto d'assicurazione, con riserva del caso in corso non ripreso da un altro assicuratore;
- b. in caso di esaurimento del diritto massimo alle prestazioni;
- c. in caso di mancato pagamento dei premi ai sensi dell'articolo 18 delle presenti CGA;
- d. alla fine del mese durante il quale la persona assicurata raggiunge l'età della pensione AVS.

## F. Premi

### Art. 16 Calcolo dei premi

1. Il premio è calcolato sulla base dell'importo assicurato e in funzione della classe d'età della persona assicurata.
2. La persona assicurata che, durante l'anno, raggiunge l'età massima della propria classe d'età è automaticamente trasferita nella classe d'età superiore all'inizio dell'anno civile successivo.
3. Le classi d'età determinanti sono le seguenti:
  - da 15 a 20 anni;
  - dai 21 anni, le classi d'età si suddividono per fasce di cinque anni.
4. L'assicuratore comunica alla persona assicurata il nuovo tasso al massimo 25 giorni prima della scadenza dell'anno in corso.  
L'adeguamento del premio a seguito del passaggio in una classe d'età superiore è considerato approvato, se l'assicuratore non riceve alcuna notifica di disdetta prima della fine dell'anno civile.

### Art. 17 Adeguamento del tasso di premio

1. Il tasso di premio può essere adeguato per ogni anno civile, in particolare a causa:
  - dell'evoluzione dell'onere dei sinistri e/o delle spese amministrative;
  - dell'adeguamento della portata delle prestazioni delle assicurazioni sociali che coprono la perdita di salario/guadagno.
2. Gli adeguamenti prendono effetto a decorrere dal 1° gennaio di ogni anno civile.
3. L'assicuratore comunica alla persona assicurata il nuovo tasso al massimo 25 giorni prima della fine dell'anno in corso. In caso di aumento del premio, se la persona assicurata vi si oppone, può richiedere la disdetta per la fine dell'anno in corso.
4. Le modifiche sono considerate approvate, se l'assicuratore non riceve alcuna notifica di disdetta prima della fine dell'anno civile.

### Art. 18 Pagamento dei premi

1. La persona assicurata è il debitore dei premi.
2. Se il premio non è pagato entro i termini, l'assicuratore ingiunge al debitore il pagamento dell'importo dovuto, al quale si aggiungono le spese, entro 14 giorni dall'invio della diffida e gli ricorda le conseguenze della messa in mora. Se il premio arretrato e le spese non sono pagati nel termine imposto, gli obblighi dell'assicuratore sono sospesi a partire dalla scadenza di tale termine.
3. Se l'assicuratore non richiede tramite procedimento esecutivo il pagamento del premio arretrato in questione e delle spese nei due mesi successivi alla scadenza del termine di 14 giorni, il contratto è considerato come disdetto.

## G. Altre disposizioni

### Art. 19 Obblighi della persona assicurata

1. La persona assicurata si impegna a notificare qualsiasi incapacità al lavoro entro 15 giorni da quando si verifica e a fornisce all'assicuratore, di propria iniziativa o su richiesta, qualsiasi documento necessario per definire il diritto alle prestazioni (procura, referti medici, decisioni e/o conteggi di altri assicuratori ecc.). Tali documenti devono essere redatti in una della quattro lingue nazionali svizzere o in inglese. Altrimenti, devono essere accompagnati da una traduzione affidabile. La persona assicurata deve altresì informare immediatamente l'assicuratore di qualsiasi cambiamento della sua situazione che potrebbe avere un impatto sul suo diritto alle prestazioni (modifica del tasso d'incapacità, iscrizione all'assicurazione di disoccupazione, diritto a prestazioni di terzi ecc.).
2. Durante l'incapacità, la persona assicurata deve rimanere raggiungibile dall'assicuratore per controlli amministrativi e medici.
3. La persona assicurata libera il personale medico consultato dal segreto medico e professionale nei confronti del medico di fiducia dell'assicuratore.
4. La persona assicurata deve collaborare con l'assicuratore e i terzi designati da quest'ultimo (ispettore dei sinistri, gestori, medici ecc.). Deve in particolare seguire le prescrizioni, fornire i documenti richiesti e rispondere alle domande poste dall'assicuratore. Se la persona assicurata non si presenta a una convocazione disposta dall'assicuratore senza valido motivo, l'assicuratore si riserva il diritto di ridurre o di rifiutare le prestazioni, e persino di richiedere il rimborso delle prestazioni già anticipate e di fatturare alla persona assicurata i costi relativi alla convocazione alla quale non si è presentata.
5. La persona assicurata ha l'obbligo di presentare una domanda di prestazioni presso l'Assicurazione per l'Invalidità al massimo entro sei mesi dall'inizio dell'incapacità o, dietro suggerimento dell'assicuratore, presso un altro ente sociale. Se la persona assicurata non presenta una domanda di prestazioni, o non la presenta in tempo, le indennità giornaliere sono sospese fino al giorno in cui tale domanda viene presentata.
6. La persona assicurata ha l'obbligo di ridurre il danno e ciò implica tra l'altro l'obbligo di collaborare con altri enti dell'assicurazione sociale (assicurazione per l'Invalidità, assicurazione contro gli infortuni, assicurazione militare ecc.).
7. La persona assicurata deve partecipare, nei limiti di quanto si possa ragionevolmente da lei pretendere, a una cura o a un piano di reinserimento professionale volto a migliorare notevolmente la sua capacità lavorativa o a offrire una nuova possibilità di guadagno.
8. Al massimo entro tre giorni dall'inizio dell'incapacità, la persona assicurata deve consultare un medico autorizzato, nel suo studio, e seguirne le prescrizioni.
9. In caso di frode o di tentata frode all'assicurazione, la persona assicurata dovrà assumere i costi delle indagini effettuate per verificare la sua incapacità e per il monitoraggio dell'incanto.

10. L'inosservanza di suddetti obblighi può condurre a sanzioni da parte dell'assicuratore che possono andare fino al rifiuto delle prestazioni conformemente all'articolo 14 cpv. 2 delle presenti CGA.

11. Se l'inadempienza degli obblighi non è dovuta a una colpa o se la persona assicurata può dimostrare che l'inadempienza degli obblighi non ha alcuna incidenza sul verificarsi dell'evento e sull'entità delle prestazioni, le sanzioni non si applicano.

### Art. 20 Prestazioni di terzi

1. L'assicuratore interviene sussidiariamente a qualunque altro assicuratore sociale che copre la perdita di salario/guadagno della persona assicurata, nei limiti della copertura prevista nella polizza.
2. Se un terzo riduce le proprie prestazioni a causa di una sanzione, l'assicuratore non compensa la riduzione che ne scaturisce.
3. Se diversi assicuratori privati coprono la perdita di guadagno, il totale delle prestazioni erogate non può essere superiore alla perdita subita. Se sono coinvolte più assicurazioni di danni, l'assicuratore versa la perdita di salario/guadagno in proporzione all'indennità giornaliera che assicura rispetto al totale delle indennità giornaliere assicurate. In caso di concomitanza con un'assicurazione di somme, l'assicuratore interviene in via sussidiaria.
4. Dal verificarsi di un rischio assicurato, l'assicuratore è surrogato, fino a concorrenza delle prestazioni contrattuali, ai diritti della persona assicurata e dei superstiti contro qualsiasi terzo responsabile.
5. Se, senza accordo dell'assicuratore, la persona assicurata stipula, con un terzo tenuto a versare prestazioni, una convenzione nella quale rinuncia totalmente o parzialmente alle prestazioni assicurative o al risarcimento cui ha diritto, le prestazioni contrattuali corrispondenti sono ridotte in proporzione.
6. Nei limiti del diritto alle prestazioni, l'assicuratore anticipa le prestazioni finché l'assicurazione per l'invalidità (AI), l'assicurazione contro gli infortuni (LAINF), l'assicurazione militare (LAM), un istituto di previdenza professionale (LPP) o un assicuratore estero o privato non definiscono un diritto a una rendita. Dall'erogazione di una rendita da parte di uno o più enti precitati, l'assicuratore ha il diritto di richiedere direttamente a questi ultimi o a un'eventuale parte terza il rimborso degli anticipi effettuati. L'importo restituito rimane all'assicuratore.
7. Per il calcolo della durata delle prestazioni, i giorni in cui le prestazioni sono ridotte o quelli in cui l'assicuratore non deve erogare nulla a causa di prestazioni di terzi sufficienti sono considerati come giorni interi.

### Art. 21 Sovraindennizzo

Le prestazioni dell'assicuratore o il loro concorso con quelle di altri assicuratori non devono dar luogo a un sovraindennizzo della persona assicurata. Il sovraindennizzo, cioè la parte di indennità giornaliera versata superiore alla perdita di salario/guadagno effettiva o superiore alle prestazioni previste nella polizza, è compensato con le prestazioni in corso o deve essere rimborsato all'assicuratore.

## **Art. 22 Cessione e costituzione in pegno delle prestazioni**

La persona assicurata non può né cedere, né costituire in pegno il suo credito nei confronti dell'assicuratore, senza il suo consenso.

## **Art. 23 Compensazione**

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

## **Art. 24 Adeguamento delle condizioni d'assicurazione**

1. L'assicuratore ha il diritto di adeguare le presenti CGA in particolare se vi sono modifiche nell'estensione delle prestazioni delle assicurazioni sociali.
2. Le nuove condizioni si applicano alla persona contraente e all'assicuratore se sono adeguate, conformemente al primo capoverso, durante la validità dell'assicurazione.
3. L'assicuratore comunica tali adeguamenti alle persone contraenti. Se la persona contraente non li accetta, può disdire il 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.
4. Fanno eccezione al diritto di disdetta, gli adeguamenti delle condizioni che non comportano svantaggi per la persona assicurata.

## **Art. 25 Comunicazioni**

1. Tutte le comunicazioni della persona contraente devono essere trasmesse agli indirizzi di posta o elettronici indicati nei documenti ufficiali dell'assicuratore, per iscritto o tramite qualsiasi altra forma che consenta la prova per testo, messa a disposizione dell'assicuratore, ad eccezione dei social network.
2. Le comunicazioni dell'assicuratore sono validamente effettuate all'ultimo indirizzo di posta o elettronico che la persona contraente ha indicato all'assicuratore. Tali comunicazioni possono essere trasmesse per iscritto o tramite qualsiasi altra forma che consenta la prova per testo.
3. 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, per iscritto o tramite qualsiasi altra forma che consenta la prova per testo messa a disposizione dell'assicuratore, nel qual caso l'assicuratore è esonerato da qualsiasi responsabilità in merito alle comunicazioni pubblicate. Queste comunicazioni possono anche essere pubblicate sul sito web dell'assicuratore e in un documento allegato all'invio annuale delle polizze d'assicurazione.

## **Art. 26 Giurisdizione**

Gli obblighi derivanti dal contratto devono essere adempiuti sul territorio e in franchi svizzeri.

## **Art. 27 Foro competente**

In caso di controversia, la persona assicurata può scegliere di rivolgersi ai tribunali del proprio domicilio in Svizzera o a quelli della sede dell'assicuratore o a quelli del luogo di lavoro in Svizzera per gli assicurati domiciliati all'estero.

## **Art. 28 Protezione dei dati**

### **Dati personali e sensibili**

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

### **Base giuridica**

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

### **Finalità**

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

### **Sicurezza**

Nell'ambito del trattamento dei dati personali e considerando i rischi presentati dal trattamento, il Groupe Mutuel, i suoi intermediari assicurativi e altri mandatari (ad 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 (ad 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, dei sinistri, dei diritti di ricorso, della riscossione e/o delle 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 (addetto alla protezione dei dati) che può essere contattato al seguente indirizzo: [dataprotection@groupemutuel.ch](mailto:dataprotection@groupemutuel.ch). Maggiori informazioni sulla protezione dei dati sono disponibili nel sito Internet del Groupe Mutuel: [www.groupemutuel.ch](http://www.groupemutuel.ch).