

Panoramica delle assicurazioni complementari secondo la LCA



Groupe Mutuel

Salute® Vita® Patrimonio® **Impresa®**

Groupe Mutuel
Assurances
Versicherungen
Assicurazioni

Indice

Assicurazioni complementari Global	4-5
GL Global, livelli 1-3	
GM Global mi-privée	
GP Global privée	
GC Global confort, livelli 1-3	
GT Global temporis	
GO Global Solution, livelli 1-3	
Assicurazione delle cure complementari	5
SC Assicurazione delle cure complementari, livelli 1-4	
Assicurazioni in caso di ospedalizzazione	6
HC Assicurazione complementare d'ospedalizzazione, livelli 1-4	
HB Assicurazione complementare d'ospedalizzazione H-Bonus	
KH Assicurazione di un capitale in caso d'ospedalizzazione	
Assicurazione dentaria	7
DP Assicurazione delle cure Dentaire plus	
Informazioni importanti	8-10

Assicurazioni complementari Global

Assicuratore che assume il rischio: Mutuel Assicurazioni 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.

□ GL Global, livelli 1-3

- **Tre diversi livelli di assunzione delle prestazioni a scelta:** GL 1, 2 e 3.
- 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 carenza di 12 mesi dall'entrata in vigore del contratto.
- Assunzione delle spese per terapie di medicina dolce secondo la lista, 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 carenza di 12 mesi dall'entrata in vigore del contratto.
- Assunzione delle spese per terapie di medicina dolce secondo la lista, cure termali o di convalescenza, medicinali fuori lista, occhiali e lenti a contatto, spese di trasporto, aiuto a domicilio, vaccinazioni, assistenza all'estero.
- **Cinque franchigie a scelta per le prestazioni d'ospedalizzazione:** Fr. 0.–, Fr. 1'000.–, Fr. 2'000.–, Fr. 3'000.– o Fr. 5'000.–.

□ 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 carenza di 12 mesi dall'entrata in vigore del contratto.
- Assunzione delle spese per terapie di medicina dolce secondo la lista, cure termali o di convalescenza, medicinali fuori lista, occhiali e lenti a contatto, spese di trasporto, aiuto a domicilio, vaccinazioni, assistenza all'estero.
- **Cinque franchigie a scelta per le prestazioni d'ospedalizzazione:** Fr. 0.–, Fr. 1'000.–, Fr. 2'000.–, Fr. 3'000.– o Fr. 5'000.–.

□ GC Global confort, livelli 1-3

- **Tre diversi livelli di assunzione delle prestazioni:** GC 1, 2 e 3.
- Adesione possibile fino all'età di 55 anni compiuti.
- 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 carenza di 12 mesi dall'entrata in vigore del contratto.
- Assunzione delle spese per terapie di medicina dolce secondo la lista, 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.–.

□ 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 affiliarsi in un secondo momento senza compilare un nuovo questionario sullo stato di salute.

□ GO Global Solution, livelli 1-3

- Questa copertura d'assicurazione non può essere sottoscritta individualmente, bensì solo nell'ambito di un contratto collettivo.
- **Tre livelli d'assunzione delle prestazioni a scelta (modulo di base):** GO 1, 2 e 3.
- Degenze ospedaliere nel reparto comune, semiprivato o privato in tutta la Svizzera secondo il livello di copertura scelto.
- 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 secondo la lista, medicinali fuori lista, occhiali e lenti a contatto, spese di trasporto, aiuto a domicilio e prestazioni di prevenzione (fitness, ginnastica correttiva per la schiena, 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 delle cure 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.

➤ Tre moduli opzionali:

- Opzione «Dentaire plus» 1 o 2, per usufruire di maggiori prestazioni per le cure dentarie.
- Opzione «Prestazioni ampliate» per usufruire di una maggiore durata di prestazioni in caso d'ospedalizzazione per gli assicurati del livello 3 (reparto semiprivato o privato), dei mezzi ausiliari, di occhiali, di psicoterapia e di prestazioni di maternità per i tre livelli.
- Opzione «Upgrade trattamenti in caso di emergenza all'estero» fino a concorrenza di Fr. 400'000.– per anno civile.
- Due franchigie a scelta per i livelli 2 e 3: Fr. 0.– o Fr. 500.–. Gli assicurati del livello tre possono altresì scegliere 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.

Assicurazione delle cure complementari

L'assicurazione delle cure complementari permette di accedere a numerose prestazioni che non sono assunte dall'assicurazione obbligatoria delle cure.

□ SC L'assicurazione delle cure complementari, livelli 1-4

- **Quattro diversi livelli di assunzione delle prestazioni a scelta:** SC 1, 2, 3 e 4.
- Possibilità di usufruire di molteplici 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.
- **Franchigia:** Fr. 50.–.

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 1-4

- Adesione possibile fino all'età di 60 anni compiuti.
- **Quattro diversi livelli di assunzione delle prestazioni a scelta:** 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.
- **Cinque franchigie a scelta per i livelli 2, 3 e 4:** Fr. 0.–, Fr. 1'000.–, Fr. 2'000.–, Fr. 3'000.– o Fr. 5'000.–.

□ 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 periodo di carenza 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.

□ KH L'assicurazione di un capitale in caso d'ospedalizzazione

- **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 predefinire 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 semiospedalizzazione o di degenze concernenti esclusivamente la LAINF, la LAI o la LAM.

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

- Cinque livelli di assunzione delle spese a scelta: DP1, 2, 3, 4 e 5.
- Adesione possibile fino all'età di 60 anni compiuti;
 - Classe 1: 75% dell'importo fatturato secondo la tariffa LAINF, max. Fr. 1'000.-/anno civile;
 - Classe 2: 75% dell'importo fatturato secondo la tariffa LAINF, max. Fr. 2'000.-/anno civile;
 - Classe 3: 75% dell'importo fatturato secondo la tariffa LAINF, max. Fr. 4'000.-/anno civile;
 - Classe 4: 75% dell'importo fatturato secondo la tariffa LAINF, max. Fr. 6'000.-/anno civile.
- Con un supplemento di premio, una classe 5 complementare alle classi da 1 a 4 offre la seguente copertura assicurativa per le spese di laboratorio dentario: il 75% dell'importo fatturato secondo la tariffa LAINF, massimo Fr. 1'000.- per anno civile in caso di malattia e Fr. 10'000.- per anno civile in caso d'infortunio.
- Le prestazioni sono erogate dopo un termine di carenza di un mese, dall'entrata in vigore del contratto, per tutti i trattamenti dentari e di sei mesi per gli interventi protesici. Le prestazioni a seguito d'infortunio sono erogate subito.
- Quattro franchigie a scelta: Fr. 0.-, Fr. 200.-, Fr. 350.- o Fr. 500.-; nessuna franchigia è detratta dal contributo di Fr. 75.- per anno civile per un controllo profilattico.
- 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 LAM, la LAI o terzi sono tenuti a corrispondere le prestazioni e i trattamenti già previsti.

Informazioni importanti

Le seguenti informazioni presentano alcuni punti essenziali sulle assicurazioni complementari. Altri diritti e doveri derivano dalle condizioni generali e particolari d'assicurazione di ogni prodotto 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.

Ogni prodotto d'assicurazione, definito da specifiche condizioni particolari, è oggetto di un singolo contratto distinto.

Durata minima d'assicurazione

La durata minima delle assicurazioni complementari è di cinque anni, ad eccezione dell'assicurazione Global Solution, per la quale il periodo minimo d'assicurazione è di tre anni.

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 (un mese per l'assicurazione Global Solution), non prima tuttavia della fine del periodo minimo d'assicurazione.
- Dopo ogni sinistro per il quale l'assicuratore deve corrispondere una prestazione, al massimo entro 10 giorni dal momento in cui è a conoscenza del pagamento dell'indennità. La copertura d'assicurazione si estingue 14 giorni dopo che all'assicuratore è stata notificata la disdetta.
- In caso di adeguamento dei premi, entro 30 giorni dal ricevimento della polizza o della notifica d'adeguamento.
- 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:

- De l'assicurato ha omesso di dichiarare o ha dichiarato in modo inesatto un fatto importante (falsa dichiarazione/reticenza).

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

- se l'assicuratore recede dal contratto a seguito del mancato pagamento dei premi;
- con il decesso dell'assicurato;
- in caso di trasferimento del domicilio all'estero, alle condizioni dell'articolo 14 lettera d CGC.

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. 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.

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.

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.

Termine d'attesa e periodo 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.

Portata 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 solo per i centri di cura riconosciuti dall'assicuratore. Per le ospedalizzazioni in centri non riconosciuti, le prestazioni possono essere limitate, se non addirittura rifiutate. Le condizioni a riguardo sono descritte nelle condizioni particolari di ogni prodotto. In ogni modo, l'assicurato ha l'obbligo di accertarsi prima di qualsiasi ospedalizzazione se il centro è riconosciuto dall'assicuratore. Alcune limitazioni di prestazioni si applicano nei rami GL, GM, GC, GP, HB e HC per le ospedalizzazioni in centri di cura psichiatrici o per le degenze di rieducazione o nei casi di emergenza all'estero. Per i rami GM, GP, GC e HC, la durata delle prestazioni è limitata a 90 giorni in un ospedale per cure generiche. Tale limitazione è di 180 giorni per gli assicurati che hanno sottoscritto il reparto semiprivato o privato del ramo GO.

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.

Trattamento dei dati personali da parte dell'assicuratore e del suo intermediario

I dati personali (dati medici inclusi) ed amministrativi raccolti sono necessari all'/agli assicuratore/i e all'intermediario scelti, al fine di definire un'offerta, di trattare la/le proposta/e d'assicurazione/i complementare/i secondo la LCA ed il/i conseguente/i contratto/i. Essi serviranno all'/agli assicuratore/i per la valutazione dei rischi da assicurare, per il trattamento dei sinistri, per la gestione amministrativa, statistica e finanziaria della/e assicurazione/i sottoscritta/e, nonché per la gestione amministrativa e finanziaria tra l'intermediario e l'assicuratore e/o il Groupe Mutuel, dato che quest'ultimo è incaricato di alcune attività d'amministrazione

dell'assicurazione per gli assicuratori membri. I dati personali e amministrativi possono altresì essere utilizzati per definire le vostre esigenze attuali e future in materia d'assicurazione nell'ambito di attività di marketing.

A tal fine, i dati trasmessi per l'assicurazione malattia complementare potranno essere trattati secondo metodi matematici e statistici per consentire all'assicuratore, e/o al Groupe Mutuel, nonché alle sue società membri, così come ad intermediari autorizzati, ad altri mandatari o partner, di proporre offerte di prodotti e servizi adeguate alle vostre esigenze. I partner sono, per convenzione, soggetti all'obbligo di mantenere il segreto e di rispettare le disposizioni legali sulla protezione dei dati.

Qualora necessario, l'assicuratore e/o il Groupe Mutuel si riserva il diritto di trasmettere i dati ai terzi coinvolti nell'esecuzione del contratto in Svizzera e all'estero, in particolare a società affiliate al Groupe Mutuel o da lui amministrate, nonché a coassicuratori e riassicuratori. L'assicuratore e/o il Groupe Mutuel possono altresì trasmettere i dati al/i proprio/i mandatario/i per l'esame dei conteggi di prestazioni ad opera di fornitori di pre-stazioni stranieri.

Con la firma della proposta d'assicurazione, il proponente accetta di essere contattato dagli assicuratori affiliati al Groupe Mutuel o da lui amministrati o da terzi da essi delegati, per iscritto (tramite lettere, mailing, SMS, altro) e/o telefonicamente per essere consigliato su tutte le offerte e i prodotti d'assicurazione concernenti le assicurazioni private (LCA, altre) e sociali (LAMal, LAINF, LPP, altre) proposte da tali assicuratori, e autorizza pertanto il trattamento e il trasferimento dei propri dati personali. I dati personali e amministrativi sono generalmente conservati in formato elettronico e/o cartaceo e/o scansiti. Essi sono conservati fintanto che la legge, la gestione del contratto d'assicurazione, dei sinistri, dei diritti di ricorso, d'incasso, della remunerazione dell'intermediario e/o di eventuali controversie tra l'assicuratore, l'assicurato, l'intermediario o terzi lo esigono.

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

Da lunedì a giovedì dalle 8:00 alle 12:00 e dalle 13:30 alle 17:30
(venerdì e prefestivi fino alle 17:00)

Hotline 0848 803 777 | **Fax** 0848 803 112

Web www.groupemutuel.ch | www.corporatecare.ch



Groupe Mutuel

Salute® Vita® Patrimonio® **Impresa®**

Groupe Mutuel

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 Valaisanne de Prévoyance – Mutuelle Neuchâteloise Assicurazione Malattia