

Condizioni generali dell'assicurazione SanaVista

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

IMG02-I5 – edizione 01.01.2022

Indice

Art. 1	Basi del contratto d'assicurazione	Art. 12	Persone beneficiarie
Art. 2	Assicuratore che assume il rischio	Art. 13	Giustificazione dei diritti
Art. 3	Scopo dell'assicurazione	Art. 14	Erogazione delle prestazioni
Art. 4	Condizioni d'adesione	Art. 15	Prescrizione
Art. 5	Proposta d'assicurazione	Art. 16	Premi
Art. 6	Reticenza	Art. 17	Modifica del tariffario dei premi
Art. 7	Periodo d'assicurazione	Art. 18	Adeguamento delle condizioni d'assicurazione
Art. 8	Inizio, durata e fine del contratto	Art. 19	Dovere di informare
Art. 9	Estensione delle garanzie e definizioni	Art. 20	Comunicazioni
Art. 10	Esclusioni e riduzioni di prestazioni	Art. 21	Foro competente
Art. 11	Prestazioni	Art. 22	Protezione dei dati

Art. 1 Basi del contratto d'assicurazione

1. Il contratto d'assicurazione è disciplinato dalle disposizioni della Legge 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. L'assicurazione SanaVista definita nelle presenti condizioni generali è oggetto di un contratto individuale e distinto.

Art. 2 Assicuratore che assume il rischio

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

Art. 3 Scopo dell'assicurazione

1. L'assicurazione SanaVista corrisponde un capitale in caso d'invalidità o di decesso a seguito di malattia.
2. Le prestazioni in caso di decesso rientrano nella categoria di assicurazioni di somme.
3. Le prestazioni in caso d'invalidità rientrano nella categoria di assicurazioni di danni.
4. Questa assicurazione non comporta alcun valore di riscatto o di riduzione.

Art. 4 Condizioni d'adesione

1. Alla sottoscrizione del contratto, la persona contraente e la persona assicurata devono avere il domicilio legale in Svizzera.

2. La persona assicurata può aderire all'assicurazione SanaVista fino all'età di 55 anni.

Art. 5. Proposta d'assicurazione

1. L'invio di una proposta d'assicurazione non costituisce una richiesta di offerta, bensì una dichiarazione formale della persona proponente all'assicuratore di voler stipulare uno o più contratti d'assicurazione. La persona proponente rimane vincolata all'assicuratore conformemente alle disposizioni dell'articolo 1 LCA, cioè per 14 giorni o per quattro settimane se sono richieste informazioni mediche.
2. La persona proponente può revocare la proposta al più tardi entro 14 giorni dall'invio della domanda di sottoscrizione del contratto.
3. Se la proposta è inviata dall'assicuratore, la persona assicurata può revocare il contratto entro 14 giorni dalla sua accettazione da parte della persona assicurata.
4. La proposta d'assicurazione deve essere formulata tramite il modulo fornito dall'assicuratore. La persona proponente deve rispondere a tutte le domande che figurano nella proposta d'assicurazione e nel questionario sullo stato di salute in modo completo e veritiero. È inoltre responsabile del fatto che le risposte fornite da un terzo o da un intermediario siano conformi alle sue istruzioni. Le persone assicurate devono autorizzare i terzi a fornire all'assicuratore i documenti e le informazioni di cui ha bisogno.
5. L'assicuratore si riserva il diritto di accettare o di rifiutare la proposta d'assicurazione. Non è tenuto a motivare la sua decisione.

Art. 6 Reticenza

Se, nel rispondere alle domande, la persona contraente omette di dichiarare o dichiara in modo inesatto un fatto importante che conosceva o avrebbe dovuto conoscere (reticenza), l'assicuratore ha il diritto di recedere dal contratto entro quattro settimane dal momento in cui è venuto a conoscenza della reticenza.

La disdetta produce i propri effetti non appena è recapitata alla persona contraente.

Art. 7 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. 8 Inizio, durata e fine del contratto

1. Il contratto è considerato sottoscritto non appena l'assicuratore consegna la polizza alla persona contraente.
2. Il contratto inizia dalla data d'entrata in vigore indicata nella polizza d'assicurazione.
3. Alla fine di un periodo d'assicurazione, 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, la copertura d'assicurazione cessa di produrre i propri effetti alla fine del mese in cui la persona assicurata compie 65 anni.
8. Il contratto d'assicurazione finisce in caso di trasferimento del domicilio legale all'estero, alla data di partenza dal territorio svizzero.

Art. 9 Estensione delle garanzie e definizioni

1. La presente assicurazione copre esclusivamente i rischi di decesso e d'invalidità presunta permanente e definitiva a seguito di una malattia.
2. Sussiste un'invalidità presunta permanente e definitiva quando si è in presenza di un danno alla salute ampiamente stabilizzato, fondamentalmente irreversibile e di cui si può con certezza presumere che limiterà in modo duraturo l'autonomia della persona assicurata o la sua capacità di guadagno, al punto che questa deve beneficiare di una rendita dell'assicurazione federale per l'invalidità (AI), essendo per definizione fallite tutte le eventuali misure di riabilitazione.
3. È considerata malattia qualsiasi danno involontario alla salute fisica, mentale o psichica che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame o una cura medica oppure provochi un'incapacità lavorativa.
4. Per infortunio s'intende qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un

fattore esterno straordinario che compromette la salute fisica, mentale o psichica o provoca la morte.

Le lesioni corporali ai sensi dell'articolo 6 cpv. 2 della Legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) sono assimilati agli infortuni.

Art. 10 Esclusioni e riduzioni di prestazioni

1. L'assicurazione non copre i casi di decesso e d'invalidità presunta permanente e definitiva dovuti a:
 - a. un infortunio;
 - b. una malattia manifestatasi prima dell'inizio o dopo la fine della copertura d'assicurazione;
 - c. un suicidio, una mutilazione volontaria o i tentativi dell'uno o dell'altra;
 - d. l'alcolismo o altre tossicomanie;
 - e. l'azione dei raggi ionizzanti o di danni causati dall'energia atomica;
 - f. eventi di guerra:
 - in Svizzera;
 - all'estero, a meno che la persona assicurata non sia stata colta alla sprovvista da tali eventi nel paese in cui soggiorna e a condizione che la malattia si manifesti entro 15 giorni dall'inizio di tali eventi;
 - g. ostilità il cui scopo è di nuocere alle persone o ai beni o alle misure prese per fronteggiarle, a meno che la persona assicurata non provi di non aver partecipato attivamente a tali ostilità a fianco degli istigatori o di non averle fomentate.
2. Le prestazioni nei casi di decesso e d'invalidità presunta permanente e definitiva non sono inoltre erogate fintanto che la persona avente diritto rifiuta o ostacola gli esami o le ricerche considerati necessari dall'assicuratore.

Art. 11 Prestazioni

1. In caso di decesso per malattia, l'assicuratore versa il capitale assicurato, previa detrazione dell'eventuale capitale invalidità già versato.
2. Se la persona assicurata è un bambino e questo decede prima dell'età di due anni e mezzo, il capitale in caso di decesso è limitato a Fr. 2'500.–.
3. In caso d'invalidità presunta permanente e definitiva a seguito di malattia, l'assicuratore versa il capitale assicurato proporzionalmente alla percentuale d'invalidità riconosciuta dall'assicurazione federale per l'invalidità (AI); una percentuale inferiore al 25% non dà diritto ad alcun versamento, mentre una percentuale del 70% dà diritto al versamento del capitale integrale.
4. Il capitale assicurato varia in funzione dell'età della persona assicurata:

Uomini

0-18 anni	Fr. 5'000.–
19-25 anni	Fr. 10'000.–
26-45 anni	Fr. 30'000.–
46-50 anni	Fr. 23'000.–
51-55 anni	Fr. 13'000.–
56-60 anni	Fr. 7'000.–
61-65 anni	Fr. 4'000.–

Donne

0-18 anni	Fr. 5'000.–
19-25 anni	Fr. 10'000.–
26-45 anni	Fr. 30'000.–
46-50 anni	Fr. 30'000.–
51-55 anni	Fr. 20'000.–
56-60 anni	Fr. 15'000.–
61-65 anni	Fr. 13'000.–

Art. 12 Persone beneficiarie

1. In caso di decesso, le persone aventi diritto sono le seguenti:
 - il coniuge o il partner registrato superstite, in mancanza
 - i figli, in parti uguali, in mancanza
 - i genitori, in parti uguali, in mancanza
 - gli eredi legali, ad esclusione della 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 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. In caso di invalidità, il capitale è corrisposto alla persona assicurata.

Art. 13 Giustificazione dei diritti

1. In caso di decesso, la persona avente diritto deve far pervenire a proprie spese all'assicuratore l'atto di decesso ufficiale della persona assicurata e un certificato medico del medico curante con indicate le circostanze e le cause precise del decesso.
2. In caso d'invalidità, la persona assicurata trasmette a sue spese all'assicuratore un certificato medico con indicate la data d'inizio della malattia, il tipo, l'evoluzione e le conseguenze. La persona assicurata autorizzerà l'assicuratore a prendere visione dell'incarto dell'assicurazione federale per l'invalidità (AI).
3. Se ritenuto utile per determinare il diritto alle prestazioni, l'assicuratore si riserva il diritto di far esaminare la persona assicurata da un medico da lui designato e di richiedere informazioni supplementari a terzi.

Art. 14 Erogazione delle prestazioni

1. In caso di decesso, il capitale è versato entro 30 giorni dalla trasmissione di tutti i documenti giustificativi.
2. In caso d'invalidità, il capitale è versato al massimo dopo sei mesi dall'inizio dell'invalidità presunta permanente e definitiva. Il termine comincia a decorrere dalla notifica della decisione di versamento di una rendita da parte dell'assicurazione federale per l'invalidità (AI).
3. Se l'invalidità deriva parzialmente da un'infermità congenita, un infortunio o un evento che può essere equiparato a un infortunio, l'assicuratore può ridurre proporzionalmente la prestazione, anche se non sussiste un rapporto di causalità adeguato. In questi casi, l'assicuratore non è vincolato alle conclusioni dell'assicurazione federale per l'invalidità (AI) o dell'assicuratore infortunio. Il medico di fiducia dell'assicuratore valuta ed esclude in questi casi la

percentuale d'invalidità che non è la conseguenza diretta di una malattia e, se necessario, si procura le informazioni utili per emettere la propria decisione. Tuttavia, se la causa accidentale è ritenuta preponderante nel verificarsi del rischio assicurato, la prestazione è interamente rifiutata.

Art. 15 Prescrizione

I crediti derivanti dal contratto d'assicurazione cadono in prescrizione dopo cinque anni dal decesso o dalla notifica della decisione di versamento di una rendita da parte dell'assicurazione federale per l'invalidità (AI).

Art. 16 Premi

1. I premi figurano nella polizza d'assicurazione.
2. I premi sono scaglionati in funzione delle fasce d'età e dipendono dal sesso e 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 in cui l'adesione inizia o finisce.
6. Il premio è calcolato secondo le tavole di mortalità e d'invalidità del Groupe Mutuel Vita GMV SA GK M/F 95 e GJ M/F 95.

Art. 17 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. 18 Adeguamento delle condizioni d'assicurazione

1. L'assicuratore ha il diritto di adeguare le presenti condizioni d'assicurazione.
2. Le nuove condizioni si applicano alla persona contraente e alla persona assicurata se sono adeguate, conformemente al primo capoverso, durante la validità dell'assicurazione.
3. L'assicuratore comunica tali adeguamenti alla persona contraente. Se la persona contraente non li accetta, può disdire il relativo contratto con effetto dalla data d'entrata in vigore degli adeguamenti. Se l'assicuratore non riceve alcuna disdetta entro 30 giorni, le nuove disposizioni sono accettate.

Art. 19 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. 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 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. 22 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 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 (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, per 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 l'interessato 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 (addetto alla protezione dei dati) che può essere contattato al seguente indirizzo:

dataprotection@groupemutuel.ch

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