groupemutuel

Condizioni generali dell'assicurazione di un capitale in caso di decesso o d'invalidità «PrimaCapital» IC

La forma al maschile utilizzata nel testo si applica per analogia alle persone di un altro genere.

ICGM03-I6 – Edizione 01.06.2024

Indice

Art. 1	Scopo e tipo d'assicurazione	**Art. 13**	Esclusioni/Rifiuto/Riduzione
Art. 2	Definizioni	**Art. 14**	Giustificazione dei diritti
Art. 3	Basi del contratto d'assicurazione	**Art. 15**	Pagamento delle prestazioni
Art. 4	Assicuratore che assume il rischio	**Art. 16**	Premi
Art. 5	Condizioni di adesione	**Art. 17**	Modifica del tariffario dei premi
Art. 6	Proposta d'assicurazione	**Art. 18**	Beneficiari
Art. 7	Reticenza	**Art. 19**	Prescrizione
Art. 8	Periodo d'assicurazione	**Art. 20**	Dovere di informare
Art. 9	Inizio, durata e fine del contratto	**Art. 21**	Comunicazioni
Art. 10	Estensione delle coperture	**Art. 22**	Altre disposizioni
Art. 11	Prestazioni in caso di decesso	**Art. 23**	Protezione dei dati
Art. 12	Prestazioni in caso d'invalidità o in caso di bisogno di cure	**Art. 24**	Servizio militare e rischio di guerra

Art. 1 Scopo e tipo d'assicurazione

1. L'assicurazione «PrimaCapital» (qui di seguito IC) prevede l'erogazione di un capitale in caso di invalidità o di decesso a seguito di malattia o d'infortunio, a seconda dell'opzione scelta, e copre le conseguenze economiche dell'evento assicurato secondo le modalità e le condizioni indicate nei seguenti articoli.
2. Questa copertura, che consiste in un capitale in caso di decesso o d'invalidità, rientra nella categoria delle assicurazioni di somme. È indipendente e distinta dalle altre assicurazioni sottoscritte nella stessa polizza d'assicurazione.

Art. 2 Definizioni

1. **Contraente:** la persona fisica che sottoscrive il contratto o l'assicurazione e s'impegna a pagare i premi (prima della sottoscrizione del contratto: il proponente).
2. **Persona assicurata:** la persona che risponde al questionario di salute e/o sulla cui testa è stipulata l'assicurazione (prima della sottoscrizione del contratto: la persona da assicurare).
3. **Proposta d'assicurazione:** il documento con cui il proponente richiede una o più coperture d'assicurazione e con cui lui (rispettivamente la persona da assicurare) fornisce le informazioni necessarie per esaminare il rischio.
4. **Polizza d'assicurazione:** l'attestato o il certificato d'assicurazione che riassume tutte le coperture sottoscritte e definisce i diritti e gli obblighi di entrambe le parti.
5. **Invalidità presunta permanente e definitiva:** sussiste invalidità presunta permanente e definitiva allorquando 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 debba beneficiare di una rendita dell'Assicurazione federale per l'Invalidità (AI), essendo per definizione fallite tutte le eventuali misure di riabilitazione. Ai fini delle presenti condizioni di assicurazione, al di sotto dei 18 anni il termine «bisogno di cure» sostituisce il termine «invalidità».
6. **Bisogno di cure:** sussiste un bisogno di cure allorquando la persona assicurata, a causa di una malattia, di un infortunio, di una lesione fisica o di un calo di forze, e per lungo tempo, ha una perdita di autonomia tale da richiedere l'assistenza giornaliera e in misura molto maggiore rispetto alla media delle persone della sua fascia di età, di terzi per svolgere le attività della vita quotidiana. Il bisogno di cure deve sussistere da almeno 12 mesi e deve essere certificato da un medico e riconosciuto dall'assicuratore.
7. **Malattia:** è considerata malattia qualsiasi danno alla salute fisica, mentale o psichica che non sia dovuto a un infortunio e che esige un esame o una cura medica oppure provoca un'incapacità lavorativa.
8. **Infortunio:** è considerato infortunio 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 assimilate a un infortunio conformemente alla legge sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF) sono considerate come infortuni.
9. **Infermità congenita:** è considerata infermità congenita qualsiasi malattia presente a nascita avvenuta del bambino.

Art. 3 Basi del contratto d'assicurazione

1. L'assicurazione IC è disciplinata dalle disposizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908.
   Questa si applica in via sussidiaria alle presenti condizioni generali, laddove non sia previsto altro.
2. La proposta d'assicurazione, la polizza d'assicurazione e le presenti condizioni generali costituiscono le basi del contratto.

Art. 4 Assicuratore che assume il rischio

L'assicuratore che assume il rischio è Groupe Mutuel Vita GMV SA (qui di seguito GMV o l'assicuratore), una società anonima di diritto svizzero, con sede a Martigny.

Art. 5 Condizioni di adesione

1. Alla sottoscrizione dell'assicurazione IC, il contraente e la persona assicurata devono avere il domicilio legale in Svizzera.
2. Può aderire all'assicurazione chiunque non abbia ancora compiuto 55 anni alla data di decorrenza dell'assicurazione, con riserva delle condizioni di accettazione (cfr. art. 6.5.) definite dall'assicuratore.

Art. 6 Proposta d'assicurazione

1. La sottoscrizione e la consegna da parte del proponente di una proposta d'assicurazione non costituisce una richiesta di offerta, bensì una dichiarazione formale del proponente all'assicuratore di voler stipulare una o più coperture d'assicurazione. Il proponente rimane vincolato all'assicuratore conformemente alle disposizioni dell'articolo 1 LCA, ossia per 14 giorni oppure quattro settimane se sono necessarie informazioni mediche supplementari.
2. Il proponente può revocare la sua proposta di contratto d'assicurazione, rispettivamente l'accettazione della stessa, entro 14 giorni a decorrere dalla firma.
   L'assicuratore considera che la firma è stata apposta alla data indicata nella proposta (che non può essere posteriore alla data di ricevimento della proposta da parte dell'assicuratore presso la sua sede o presso una delle sue agenzie ufficiali) o, in mancanza di tale data, alla data di ricevimento della proposta. Il termine è rispettato se il proponente notifica all'assicuratore la revoca o consegna la notifica di revoca alla posta al più tardi l'ultimo giorno del termine.
   La revoca deve essere inoltrata per iscritto o tramite qualsiasi altra forma che consenta la prova per testo. La revoca ha come conseguenza che la proposta o l'accettazione da parte del proponente è considerata come non avvenuta. La copertura d'assicurazione termina il giorno in cui l'assicuratore viene a conoscenza della revoca. I premi già pagati sono rimborsati senza interessi.
3. Se la proposta proviene dall'assicuratore, ad esempio nel caso di un'offerta che vale come proposta di contratto inviata tramite mailing, l'assicurazione IC è considerata stipulata non appena il proponente l'accetta. Quest'ultimo può revocare il contratto entro e non oltre 14 giorni dall'accettazione.
4. Quando la richiesta proviene dal proponente, viene compilata una proposta di assicurazione tramite un modulo messo a disposizione dall'assicuratore. Il proponente deve rispondere a tutte le domande che figurano nella proposta d'assicurazione e al questionario di salute in modo completo e conforme al vero. Il proponente è responsabile del fatto che le risposte fornite da un terzo o da un intermediario siano conformi alle sue istruzioni. I terzi devono essere autorizzati dalle persone da assicurare a fornire all'assicuratore tutti i documenti e le informazioni di cui potrebbe aver bisogno.
5. L'assicuratore si riserva il diritto di accettare o di rifiutare la proposta d'assicurazione. L'assicuratore non è tenuto a motivare la propria decisione.

Art. 7 Reticenza

1. Se, nel rispondere alle domande, il 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 al contraente.
2. In questo caso, l'obbligo dell'assicuratore di erogare la propria prestazione si estingue altresì per i sinistri già verificatisi, se il fatto oggetto della reticenza ha influito sulla manifestazione o sulla portata del sinistro. Se l'assicuratore ha già erogato una prestazione per un tale sinistro, ha diritto al rimborso.

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 dell'assicurazione IC durante un anno civile, il primo 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 Inizio, durata e fine del contratto

1. L'assicurazione IC è conclusa non appena l'assicuratore consegna la polizza al contraente, rispettivamente non appena l'accettazione da parte del contraente della controproposta emessa da GMV o dell'offerta a seguito di un mailing è pervenuta all'assicuratore.
2. Il contratto decorre 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. Il contraente può in qualunque momento disdire l'assicurazione IC al più presto per l'inizio del secondo periodo d'assicurazione, per iscritto o tramite qualsiasi altra forma che consenta la prova per testo. A partire dal secondo anno d'assicurazione, il contraente può disdire l'assicurazione per la fine del mese in cui l'assicuratore riceve la domanda.
5. L'assicuratore può disdire l'assicurazione in caso di mancato pagamento dei premi 14 giorni dopo l'invio di un sollecito e il suo mancato pagamento. Trascorso tale termine, la copertura IC è sospesa (non è concesso alcun

diritto a prestazioni per gli eventi che si verificano durante questa sospensione); essa riprende automaticamente non appena l'assicuratore riceve tutti i premi per i quali è stata inviata una diffida.

6. L'assicurazione IC è disdetta su sinistro al più tardi al momento dell'erogazione della prestazione per uno degli eventi assicurati (decesso o invalidità). Tuttavia, l'assicurazione rimane in vigore per altri 14 giorni dopo la notifica della disdetta del contratto.
   Negli altri casi, il premio è dovuto solo fino alla fine del contratto.
7. Il contratto di assicurazione termina al più tardi alla fine del mese in cui la persona assicurata compie 65 anni.
8. Rimane riservato l'articolo 10.3 («Estensione territoriale»), nella misura in cui l'assicurazione IC cessa di avere effetto in caso di trasferimento del domicilio legale della persona assicurata all'estero.

Art. 10 Estensione delle coperture

1. A seconda dell'opzione scelta, la presente assicurazione garantisce:
   a. Opzione IC–m/i: i rischi di decesso e d'invalidità permanente consecutivi a una malattia o a un infortunio.
   b. Opzione IC m: i rischi di decesso e d'invalidità permanente consecutivi soltanto a una malattia.
2. Prestazione limitata al capitale massimo assicurato
   L'assicurazione prevede il pagamento di un solo capitale, non superiore al capitale assicurato indicato nella polizza, per gli eventi assicurati che si verificano durante il periodo di validità del contratto (100% in caso di decesso o proporzionale al grado AI in caso d'invalidità/rispettivamente secondo il livello di bisogno di cure).
   Se si verificano due eventi assicurati prima della disdetta dell'assicurazione, l'importo totale erogato non può superare il capitale assicurato indicato nella polizza.
3. **Estensione territoriale**
   a. La copertura IC è valida in tutto il mondo, a condizione che la persona assicurata abbia il proprio domicilio legale in Svizzera. Eventuali restrizioni sono valide soltanto se espressamente indicate nella polizza d'assicurazione, nelle sue clausole addizionali o nelle condizioni d'assicurazione.
   b. La copertura in caso di decesso è tuttavia sospesa se la persona assicurata soggiorna in un paese in stato di guerra, di guerriglia o soggetto a sommosse; in questi casi non è erogata alcuna prestazione
   c. La copertura IC cessa il giorno della partenza all'estero.
   d. Frontalieri: la persona assicurata può mantenere la propria assicurazione IC e la copertura in caso di decesso o d'invalidità è garantita finché svolge un'attività lucrativa in Svizzera.

Art. 11 Prestazioni in caso di decesso

1. In caso di decesso, l'assicuratore eroga il capitale convenuto indicato nella polizza, meno l'eventuale capitale di invalidità già corrisposto da GMV.
2. Se la persona assicurata è un bambino e il suo decesso avviene:
   a. prima dell'età di due anni e mezzo, il capitale è limitato a Fr. 2'500.–; Questo capitale viene erogato anche in caso di un figlio nato morto (cfr. art. 9 cpv. 2 dell'Ordinanza sullo stato civile (OSC).
   b. tra i due anni e mezzo e i dodici anni, il capitale è limitato a Fr. 20'000.–.
   Se il totale dei premi versati per il figlio, maggiorato del 5%, supera il capitale massimo in caso di decesso di cui alle lettere a. e b., viene rimborsato il totale dei premi maggiorato del 5%.
3. Se la persona assicurata ha sottoscritto soltanto una copertura in caso di malattia (IC-m) e l'invalidità o il decesso 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.
   Tuttavia, se la causa accidentale è ritenuta preponderante nel verificarsi del rischio assicurato, la prestazione è interamente rifiutata.

Art. 12 Prestazioni in caso d'invalidità o in caso di bisogno di cure

1. **In caso di invalidità - persone di età compresa tra i 18 e i 65 anni secondo l'età tariffaria.**
   In caso d'invalidità presunta permanente e definitiva, l'assicuratore eroga il capitale convenuto che figura nella polizza, in proporzione al grado d'invalidità riconosciuto dall'Assicurazione federale per l'Invalidità (AI); un grado inferiore al 25% non dà diritto ad alcun versamento, mentre un grado del 70% almeno dà diritto al versamento del capitale integrale.
2. **In caso di bisogno di cure - persone di età compresa tra i 0 e i 17 anni secondo l'età tariffaria.**
   Il capitale concesso dipende dal livello di bisogno di cure. Questo viene determinato dall'assicuratore, tenendo conto del numero di attività quotidiane che la persona assicurata non può svolgere.
3. **Le attività della vita quotidiana comprendono (sei criteri):**
   a. vestirsi/svestirsi
   b. alzarsi/sedersi/sdraiarsi/spostarsi
   c. mangiare (tagliare il cibo/mettere in bocca il cibo)
   d. cura del corpo (lavarsi, sistemarsi i capelli, radersi, fare il bagno/la doccia)
   e. andare in bagno (pulirsi, rivestirsi, svuotare la sonda o atti simili - cura della stomia).
   f. spostarsi (nell'appartamento/all'esterno), mantenere i contatti sociali.
   Tale lista è esauriente.
4. **Livello di prestazioni**
   Viene assegnato un punto per ogni criterio pienamente soddisfatto, come definito all'art. 12.3 (attività quotidiane che richiedono assistenza completa, lettere a - f). Il capitale è fissato in percentuale, a seconda del livello di bisogno di cure raggiunto:

Livello di bisogno di cure:	Capitale in percentuale:
1) Basso - da 2 punti	30%
2) Medio - 3 - 4 punti	65%
3) Alto - 5 - 6 punti	100%

5. Un bisogno di cure inferiore a due punti non dà diritto ad alcuna prestazione. Tuttavia, se il bisogno di cure dell'assicurato non consente di richiedere un capitale di livello 1, e se l'assicurato dipende da una sedia a rotelle o richiede la presenza costante di personale curante, ha diritto almeno a un capitale di livello 1).

Art. 13 Esclusioni/Rifiuto/Riduzione

1. Non vi è copertura del rischio decesso o invalidità/bisogno di cure allorquando l'insorgere dell'evento assicurato è consecutivo a una malattia o a dei postumi d'infortunio i cui primi sintomi erano stati oggetto, prima della firma della domanda d'adesione,
   – di un controllo, di una cura o di un trattamento medico o
   – di un test medico o di laboratorio.
2. La prestazione assicurata in caso di invalidità/bisogno di cure non è concessa in caso di infermità congenita o di affezioni che hanno origine nel periodo perinatale e delle loro conseguenze.
3. Le prestazioni in caso d'invalidità/bisogno di cure non sono concesse se la persona assicurata rifiuta o rende impossibili gli esami o le ricerche considerati necessari dall'assicuratore.
4. L'assicuratore non è vincolato se il sinistro è stato causato intenzionalmente dal contraente o dall'avente diritto.
5. Se il contraente o l'avente diritto ha causato il sinistro per una colpa grave, l'assicuratore è autorizzato a rifiutare o a ridurre la prestazione.
6. Il decesso a seguito di suicidio non è coperto durante i primi tre anni d'assicurazione o i tre anni che seguono un aumento di copertura (per la parte aumentata).
7. Esclusioni per atti di violenza e terrorismo
   Il decesso e l'invalidità non sono coperti se sono la conseguenza, diretta o indiretta, della partecipazione a disordini che hanno lo scopo di nuocere alle persone o ai beni o alle misure prese per fronteggiarle, a meno che la persona assicurata (rispettivamente la persona beneficiaria) non provi di non aver partecipato attivamente a tali ostilità a fianco degli istigatori o di non averle fomentate.

Art. 14 Giustificazione dei diritti

1. In caso di decesso, l'avente diritto deve far pervenire a proprie spese all'assicuratore l'atto di decesso ufficiale della persona assicurata e un certificato del medico curante con indicate le circostanze e le cause del decesso, tramite un modulo messo a disposizione dall'assicuratore.
2. In caso d'invalidità, la persona assicurata trasmette a sue spese all'assicuratore una copia della decisione AI o un certificato medico con indicate la data dell'infortunio o la data d'inizio della malattia, la sua natura, l'evoluzione e le conseguenze. La persona assicurata autorizza 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. 15 Pagamento 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 pagamento del capitale avviene dopo sei mesi consecutivi d'invalidità presunta permanente e definitiva, non prima comunque dei sei mesi da quando l'assicuratore riceve la decisione di erogazione di una rendita d'invalidità da parte dell'Assicurazione federale per l'Invalidità (AI) e a condizione che la persona assicurata sia ancora in vita in quel momento.
3. In caso di bisogno di cure, il pagamento del capitale avviene non prima di un periodo di 12 mesi durante il quale la persona ha avuto un bisogno di cure ininterrotto e presumibilmente permanente, certificato da un medico.

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 genere e dai capitali assicurati.
3. I premi sono calcolati su base annua e pagabili in Svizzera anticipatamente.
4. Possono essere anche pagati a scadenze semestrali, trimestrali o mensili.
5. Il periodo di fatturazione dei premi è di almeno un mese, ad eccezione del mese in cui l'adesione inizia o finisce.

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 per iscritto o tramite qualsiasi altra forma che consenta la prova per testo.
3. Se il contraente non disdice il contratto, gli adeguamenti effettuati a livello dei premi sono considerati accettati.

Art. 18 Beneficiari

1. In caso di decesso, il capitale spetta ai beneficiari secondo il seguente ordine: il coniuge o il partner registrato della persona assicurata, in mancanza, i figli della persona assicurata, in mancanza, suo padre e sua madre, in mancanza, le altre persone aventi diritto alla successione.
2. In deroga all'articolo 18.1, alla sottoscrizione del contratto, il contraente può designare o escludere dei beneficiari. Una deroga simile può essere annullata o modificata in qualunque momento dal contraente tramite notifica inviata all'assicuratore.
3. Se il contraente designa altri beneficiari, ma non lo comunica all'assicuratore o in caso di designazione testamen-

taria, il pagamento delle somme assicurate alla persona che, senza tale designazione, ne avrebbe avuto il diritto, è liberatoria per l'assicuratore, a condizione che non sia stato a conoscenza della modifica del beneficiario o della designazione del beneficiario tramite testamento.
4. Se tutti i beneficiari designati dal contraente sono deceduti, si applicano le disposizioni dell'articolo 18.1.
5. In caso di invalidità/bisogno di cure, il capitale è corrisposto alla persona assicurata.

Art. 19 Prescrizione

I crediti derivanti dal contratto d'assicurazione cadono in prescrizione dopo cinque anni dal decesso, dalla notifica all'assicurato della decisione di versamento di una rendita da parte dell'Assicurazione federale per l'Invalidità (AI) o dal riconoscimento da parte dell'assicuratore di una situazione di bisogno di cure.

Art. 20 Dovere di informare

1. La persona da assicurare autorizza i medici, gli ospedali e gli altri fornitori di cure a fornire al medico di fiducia dell'assicuratore tutte le informazioni necessarie per la valutazione del rischio da assicurare; a tal fine, li esonera dal segreto professionale.
2. L'assicuratore deve essere informato di eventuali cambiamenti (cognome, nome, genere, stato civile, domicilio, indirizzo e-mail, numero di telefono). In caso di violazione dei propri obblighi, il contraente si assume le conseguenze (che possono andare da una riduzione della prestazione al rifiuto) e i costi che ne derivano.
3. Se la persona assicurata trasferisce il proprio domicilio legale o la propria residenza fuori della Svizzera, deve avvertirne l'assicuratore e trasmettergli un attestato di partenza rilasciato dal comune o dal cantone. Su questa base, l'assicuratore disdice l'assicurazione alla data di partenza indicata nel certificato.
4. Se la persona assicurata omette di effettuare tale notifica, non appena ne è a conoscenza l'assicuratore può metter fine al contratto con effetto alla fine del mese durante il quale la partenza dalla Svizzera è stata notificata alle autorità comunali o cantonali competenti.
5. Se l'assicuratore impone una sanzione in seguito all'inosservanza del dovere di informare o della violazione di un altro obbligo previsto dalle presenti condizioni d'assicurazione, spetta all'avente diritto dimostrare che la violazione dell'obbligo non ha influito sul sinistro e sull'entità delle prestazioni dovute dall'assicuratore.
6. L'assicuratore non è vincolato dal contratto, se il contraente ha violato il proprio obbligo d'informare intenzionalmente o nell'intento di ottenere un vantaggio illecito.

Art. 21 Comunicazioni

1. Le comunicazioni del contraente e dell'assicuratore possono essere validamente indirizzate per iscritto o tramite qualsiasi altra forma che consenta la prova per testo (e-mail o mezzi di comunicazione messi a disposizione dall'assicuratore), ad eccezione dei social network.
2. Le comunicazioni del contraente devono essere inviate agli indirizzi postali o elettronici che figurano nei documenti ufficiali dell'assicuratore.
3. Le comunicazioni dell'assicuratore sono validamente effettuate all'ultimo indirizzo di posta o elettronico che il contraente o la persona assicurata ha indicato all'assicuratore.
4. L'assicuratore può altresì effettuare comunicazioni generali agli assicurati 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.
   Queste comunicazioni possono anche essere pubblicate sul sito web dell'assicuratore e in un documento allegato all'invio annuale delle polizze d'assicurazione.

Art. 22 Altre disposizioni

1. **Valore di riscatto / riduzione**
   La presente assicurazione non è passibile di riscatto e non offre alcun valore di riduzione.
2. **Partecipazione alle eccedenze**
   Per l'assicurazione IC non è concessa alcuna partecipazione alle eccedenze.
3. **Basi di calcolo**
   Il premio è calcolato secondo le tavole di mortalità EKM/EKF 2019 e d'invalidità EJM/EJF 2023 di Groupe Mutuel Vita GMV SA. Il premio è calcolato con un tasso d'interesse tecnico dello 0.00%.
4. **Compensazione**
   a. L'assicuratore può compensare le prestazioni esigibili con crediti nei confronti della persona assicurata, se quest'ultima è il contraente, in particolare se i premi esigibili non sono stati pagati.
   b. Il contraente e la persona assicurata non hanno alcun diritto di compensazione nei confronti dell'assicuratore.
5. **Foro**
   In caso di litigio, il contraente o il beneficiario può scegliere i tribunali del proprio domicilio legale in Svizzera o quelli della sede dell'assicuratore, sono tuttavia riservate le convenzioni internazionali.

Art. 23 Protezione dei dati

Dati personali e sensibili

Groupe Mutuel Services SA tratta i dati personali e sensibili del contraente, della persona assicurata e, se del caso, dei loro aventi diritto o delle persone vincolate (qui di seguito: le persone interessate) per conto di Groupe Mutuel Vita GMV 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 degli obblighi legali, il miglioramento e lo sviluppo dei servizi forniti, l'ottimizzazione e l'economia dei costi assicurativi, l'esecuzione di operazioni di prospezione e di marketing, la gestione dei debiti e dei contenziosi, la lotta contro la frode, il riciclaggio di denaro, il finanziamento del terrorismo e la sottrazione 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, 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.

Art. 24 Servizio militare e rischio di guerra

Il servizio attivo per difendere la neutralità svizzera e per mantenere la pace e l'ordine all'interno del paese - senza operazioni di guerra in entrambi i casi - è considerato servizio militare in tempo di pace e come tale è coperto senza ulteriori formalità nell'ambito delle condizioni generali d'assicurazione.
Se la Svizzera è in guerra o impegnata in ostilità che hanno il carattere di operazioni belliche, un contributo unico di guerra è dovuto fin dall'inizio e diventa esigibile un anno dopo la fine della guerra, indipendentemente dal fatto che la persona assicurata partecipi o meno alla guerra e indipendentemente dal suo domicilio in Svizzera o all'estero. Il contributo unico di guerra è destinato a coprire le perdite derivanti direttamente o indirettamente dalla guerra, nella misura in cui concernono le assicurazioni a cui si applicano le presenti condizioni. La valutazione di tali perdite e dei fondi disponibili, così come la determinazione dell'importo del contributo unico di guerra e

dei mezzi per percepirlo - se necessario riducendo le prestazioni assicurate - sono effettuati dall'assicuratore, di comune accordo con l'autorità di vigilanza svizzera.
Se le prestazioni d'assicurazione sono dovute prima che sia stato determinato il contributo unico di guerra, l'assicuratore ha il diritto di differire parzialmente il pagamento di tali prestazioni e di erogarle al più tardi un anno dopo la fine della guerra. L'importo della prestazione differita e il tasso d'interesse da accreditare su tale prestazione saranno determinati dall'assicuratore, di comune accordo con l'autorità di vigilanza svizzera. Il giorno in cui la guerra inizia e quello in cui finisce, ai sensi delle precedenti disposizioni, sono definiti dall'autorità di vigilanza svizzera.
Se la persona assicurata partecipa a una guerra o a ostilità di natura bellica, senza che la Svizzera stessa sia in guerra o impegnata in ostilità di questa natura, e se muore durante questa guerra o sei mesi dopo la conclusione della pace o la fine delle ostilità, l'assicuratore deve erogare la riserva matematica; questa è calcolata il giorno del decesso, ma l'importo dovuto non può superare quello della prestazione in caso di decesso. Se sono assicurate rendite per superstiti, al posto della riserva matematica, il giorno del decesso sono erogate al posto della riserva matematica, ma non possono superare le rendite assicurate.
L'assicuratore si riserva il diritto di modificare le disposizioni del presente articolo, di comune accordo con l'autorità di vigilanza, e di applicare tali modifiche al presente contratto. Inoltre, rimangono espressamente riservate le disposizioni legali e amministrative relative a una guerra, in particolare quelle relative al riscatto dell'assicurazione.