

Assicurazione di capitale di rischio KTI

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Edizione 2023

SWICA

Sommario

Informazioni sull'assicurazione capitale di rischio KTI.....	3
Assicurazione rischio sulla vita senza quota di risparmio	3
Esonero dal pagamento dei premi.....	3
Somma assicurativa a scelta.....	3
KTI per bambini	3
Premi e pagamento	3
Inizio e termine dell'assicurazione	4
Limitazioni nelle prestazioni	4
Assicuratore	4
La vostra assistenza.....	4
Protezione dei dati	4

Assicurazione capitale di rischio KTI Previdenza libera (pilastro 3b) Condizioni generali d'assicurazione (CGA).....	6
I. Oggetto dell'assicurazione	6
II. Partecipanti al contratto.....	7
III. Basi contrattuali.....	8
IV. Stipulazione del contratto	8
V. Inizio, durata e fine dell'assicurazione.....	9
VI. Limitazioni della copertura assicurativa.....	9
VII. Versamento delle prestazioni	10
VIII. Clausola beneficiaria	12
IX. Premi	13
X. Protezione dei dati	13
XI. Foro competente	14
XII. Adeguamento delle condizioni d'assicurazione.....	14
XIII. Servizio militare, guerra e disordini.....	14

Informazioni sull'assicurazione capitale di rischio KTI

Le seguenti informazioni forniscono una rapida e comprensibile informazione sull'assicurazione capitale di rischio KTI. Nello stesso documento si trovano le Condizioni generali d'assicurazione (CGA).

Assicurazione rischio sulla vita senza quota di risparmio

Con la KTI sono assicurati il decesso e/o l'invalidità a seguito di malattia.

- In caso di decesso viene pagato il capitale assicurato per il decesso.
- Nel caso d'invalidità permanente viene corrisposto il capitale d'invalidità assicurato. Per una invalidità superiore al 40 per cento il capitale assicurato è corrisposto in relazione al grado d'invalidità. Per una invalidità pari almeno al 70 per cento, la persona assicurata percepisce l'intero capitale assicurato per l'invalidità.
- L'assicurazione non prevede una quota di risparmio e alcun valore di riscatto.

Il capitale assicurato per morte e invalidità è un'assicurazione di somma fissa.

Esonero dal pagamento dei premi

Nel caso di una lunga e duratura inabilità lavorativa, la persona assicurata viene esonerata dal pagamento dei premi.

- Se la persona assicurata è inabile al lavoro a seguito di malattia o infortunio, dopo un termine d'attesa di 180 giorni, non deve più pagare i premi. La copertura assicurativa resta invariata.
- Per una inabilità lavorativa dal 40 per cento il premio viene ridotto proporzionalmente. Dal 70 per cento d'inabilità lavorativa sussiste il diritto all'esonero completo dal pagamento dei premi.

Nel caso di esonero del pagamento dei premi si tratta di un'assicurazione di somma fissa.

Somma assicurativa a scelta

Le somme assicurative per decesso e per invalidità possono essere scelte liberamente in multipli di 10000 franchi. La somma minima assicurabile per invalidità e per decesso è di 10000 franchi.

KTI per bambini

Per bambini fino all'età di 12 anni la somma massima assicurabile per decesso è 20000 franchi. Se il bambino assicurato decede prima di aver compiuto due anni e mezzo, sono pagati al massimo 2500 franchi. Tra i 12 e i 15 anni d'età, l'assicuratore paga, in caso di decesso, un capitale massimo di 200000 franchi. A partire dai 15 anni d'età valgono le somme assicurative come per gli adulti.

Premi e pagamento

Il premio totale risulta dai premi per decesso, invalidità e inabilità lavorativa. L'ammontare del premio dipende dal capitale assicurato e dall'età della persona assicurata. Con l'aumento dell'età cresce il rischio e i premi vengono adeguati di conseguenza. Dall'età di 56 anni il capitale per l'invalidità si riduce linearmente fino a raggiungere l'età finale, per questo non avviene alcun adeguamento del premio per il rischio crescente. Il capitale in caso di decesso rimane invece costante. L'assicuratore può adeguare le tariffe di premio nel corso della durata del contratto.

Inizio e termine dell'assicurazione

La proposta d'assicurazione deve essere compilata in modo completo e veritiero. Se a una domanda è stata data una risposta non corretta o è stato taciuto qualcosa, l'assicuratore può disdire l'assicurazione e negare le prestazioni. Modifiche successive a quanto dichiarato sulla proposta devono essere notificate prima della sottoscrizione dell'assicurazione. Ciò concerne in particolare malattie e/o infortuni che si verificano dopo la presentazione della proposta. L'assicurazione inizia con la data indicata sulla polizza. La persona contraente dell'assicurazione può revocare per scritto la sua proposta per la stipulazione del contratto o la dichiarazione di accettazione. Il periodo in cui è possibile la revoca è di 14 giorni e inizia non appena la persona contraente dell'assicurazione ha richiesto o accettato il contratto. L'assicurazione termina, nei casi normali, al 31 dicembre dell'anno in cui la persona assicurata compie i 60 anni o con il suo decesso. Dopo una durata minima del contratto di un anno, l'assicurazione KTI può essere disdetta prematuramente per la fine di un anno civile. Se la persona assicurata è in ritardo con il pagamento del premio e non paga nonostante il sollecito, l'assicuratore può sciogliere l'assicurazione. L'assicurazione termina inoltre se la persona assicurata sposta il suo domicilio all'estero e l'assicuratore non conferma per scritto la continuazione dell'assicurazione. Altre possibilità di concludere l'assicurazione sono precisate nelle CGA come pure nella legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Limitazioni nelle prestazioni

Se il decesso o l'invalidità sono provocati intenzionalmente o per grave negligenza oppure se sono conseguenza di un atto temerario, l'assicuratore può ridurre o negare le prestazioni. Altre esclusioni o limitazioni della copertura assicurativa sono indicate nelle CGA (vedi sotto) e nella LCA.

Assicuratore

L'assicuratore è la CONCORDIA Assicurazioni SA, una società anonima del Gruppo CONCORDIA con sede in Bundesplatz 15, 6002 Lucerna.

La vostra assistenza

SWICA Assicurazioni SA (SWICA) offre, quale intermediario, l'assicurazione capitale di rischio KTI della CONCORDIA e, su incarico della stessa, offre la consulenza ai clienti, redige le polizze e si occupa dell'incasso dei premi e dei solleciti. A tale scopo SWICA ha stipulato un contratto con la CONCORDIA.

Altre informazioni su diritti e doveri delle parti contraenti – in particolare sulla copertura assicurativa, le esclusioni dalla copertura, le somme assicurative, premi e protezione dei dati – si trovano sulla proposta d'assicurazione, sulla polizza, nelle CGA e nella legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Protezione dei dati

Le suddette società responsabili trattano dati in particolare per le finalità seguenti:

- **Stipulazione ed esecuzione del contratto d'assicurazione (compresa la presentazione dell'offerta):**
Lo scopo del trattamento dei dati è la presentazione di offerte o la stipulazione e l'esecuzione del contratto d'assicurazione. Ciò comprende in particolare le finalità seguenti: elaborazione di richieste, disbrigo delle prestazioni, osservanza delle disposizioni legali, normative e interne, elaborazione delle provvigioni, gestione dei dati, analisi statistica, esame della domanda e sottoscrizione nonché accertamento di eventuali reticenze (LCA), informazioni alla clientela, corrispondenza con la clientela, incasso/esborso, consulenza clienti, tessera d'assicurato, accertamento dell'obbligo d'assicurazione, verifica dei ribassi, lotta contro l'abuso assicurativo. I dati vengono conservati fisicamente o in modalità elettronica.
- **Sicurezza:**
Lo scopo del trattamento è garantire la sicurezza delle informazioni. Ciò può includere in particolare le finalità seguenti: monitoraggio e registrazione dei sistemi e delle reti della CONCORDIA, garanzia dell'esercizio, gestione delle avarie, testing, gestione del backup.
- **Marketing:**
I dati vengono utilizzati dalla CONCORDIA per finalità di marketing. In particolare, le persone interessate possono essere contattate una volta all'anno tramite lettera e telefonicamente da personale della CONCORDIA Assicurazioni SA o di un centro partner. Altre attività di marketing possono essere: determinazione della soddisfazione e delle esigenze della clientela, ricerche di mercato e fornitura di prestazioni su misura. Una volta concesso, il consenso può essere revocato in qualsiasi momento con effetto per il futuro. Ciò non pregiudica la legittimità del trattamento dei dati avvenuto tra la data del consenso e la data della sua revoca.

Vengono scambiati dati con terzi?

A determinate condizioni, i dati possono essere raccolti presso terzi (ad es. ospedale, personale medico specializzato, altri assicuratori, autorità). In questi casi si tratta di dati della persona assicurata (ad es. nome, indirizzo, dati di contatto, prodotti assicurativi) o di dati relativi alla salute (ad es. fatture, rapporti medici, conteggi delle prestazioni). Nell'ambito degli obblighi legali e contrattuali, i dati possono essere comunicati anche a determinate categorie di destinatari. A seconda del singolo caso, si tratta in particolare delle categorie di destinatari seguenti: fornitori di servizi che assistono la CONCORDIA nell'adempimento degli scopi del trattamento (ad es. fornitori di servizi IT, tipografie, centri partner), autorità, altri assicuratori, riassicuratori, periti esterni, terzi coinvolti in controversie legali e altre società del gruppo CONCORDIA.

I dati possono essere trasmessi alla rappresentanza nazionale della CONCORDIA in Liechtenstein. Il Consiglio federale ha stabilito che la legislazione del Liechtenstein garantisce una protezione adeguata ai sensi dell'art. 16 cpv. 2 LPD.

Chi è titolare del trattamento dei dati?

Titolare del trattamento dei dati è la CONCORDIA Assicurazioni SA, Bundesplatz 15, 6002 Lucerna. La persona assicurata ha il diritto di richiedere alla CONCORDIA le informazioni previste dalla legge sul trattamento dei dati che la riguardano. È possibile contattare l'incaricata/o aziendale della protezione dei dati nei modi seguenti: CONCORDIA, Protezione dei dati, Bundesplatz 15, 6002 Lucerna, info@concordia.ch oppure al numero +41 41 228 01 11.

Nell'informativa riguardante la protezione dei dati disponibile all'indirizzo concordia.ch/it/datenschutz.html si trovano maggiori dettagli in proposito.

Assicurazione capitale di rischio KTI

Previdenza libera (pilastro 3b)

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

I. Oggetto dell'assicurazione

Art. 1.1 Rischi assicurati

L'assicurazione capitale di rischio KTI offre una protezione nell'ambito della previdenza libera (pilastro 3b) contro le conseguenze economiche di decesso o invalidità a seguito di malattia.

Se la persona assicurata, a seguito di malattia o infortunio, è inabile al lavoro per più di 180 giorni civili consecutivi, è esonerata dall'obbligo del pagamento dei premi.

KTI è un'assicurazione di puro rischio. Dato che i suoi premi non comportano alcuna quota di risparmio, essa non ha nessun valore di riscatto e non accorda nessuna prestazione in caso di vita, salvo in caso d'invalidità e incapacità lavorativa. Il capitale assicurato per morte e invalidità e nel caso di esonero dei premi, è un'assicurazione di somma fissa.

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

Art. 1.2 Capitale assicurato

Art. 1.2.1 Per ogni persona assicurata può essere assicurato un capitale di decesso o un capitale d'invalidità, oppure entrambi.

Art. 1.2.2 L'importo del capitale assicurato per ogni rischio è indicato sulla polizza assicurativa. Esso ammonta almeno a 10000 franchi in caso di decesso e almeno a 10000 franchi in caso d'invalidità. Fino al termine del 12° anno di vita della persona assicurata il capitale assicurabile in caso di decesso è limitato a 20000 franchi.

Art. 1.2.3 Il capitale assicurato per il decesso rimane costante fino alla scadenza del contratto.

Art. 1.2.4 Il capitale assicurato per invalidità rimane costante fino al termine dell'anno civile in cui la persona assicurata ha 55 anni. In seguito si riduce annualmente in modo lineare (ogni volta arrotondato ai prossimi 5000 franchi) fino al raggiungimento dell'età termine.

Art. 1.2.5 In caso di versamento di una parte del capitale d'invalidità, l'altra parte rimane assicurata. Sono esclusi una ripresa o un aumento del capitale inizialmente assicurato.

Art. 1.3 Malattia

È considerata malattia un danno, accertato tramite una valutazione oggettiva medica, della salute fisica, mentale o psichica, che non sia la conseguenza di un infortunio e che richieda un esame e una cura medica.

Art. 1.4 Infortunio

È considerato infortunio qualsiasi influsso dannoso, improvviso e involontario, apportato al corpo umano da un fattore esterno straordinario che comprometta, in modo oggettivamente accertabile sotto il profilo medico, la salute fisica, mentale o psichica o provochi la morte. Sono pure considerati infortuni

- i danni alla salute causati dall'inalazione involontaria di gas e vapori nonché dall'ingestione accidentale di sostanze tossiche o corrosive,
- le slogature, gli stiramenti e le lacerazioni di muscoli e tendini causati da improvvisi sforzi fisici,
- i congelamenti, i colpi di calore, le insolazioni nonché i danni alla salute causati da raggi ultravioletti, eccetto le ustioni per insolazione,
- l'annegamento accidentale.

Se il decesso o l'invalidità sono stati causati da un infortunio o da una lesione corporale parificabile a un infortunio non sussiste alcun diritto alle prestazioni. In caso di concorso di cause diverse, le prestazioni corrisposte sono proporzionali alla percentuale di danno non conseguente all'infortunio.

Art. 1.5 Incapacità al guadagno

Vi è incapacità al guadagno quando, in seguito a malattia o infortunio

- la persona assicurata che esercita un'attività lucrativa non è più in grado di esercitare totalmente o in parte la propria professione o un'altra attività lucrativa ragionevolmente esigibile. Un'altra attività lucrativa è considerata ragionevolmente esigibile se essa è conforme alle capacità e alla posizione sociale della persona assicurata, anche se le conoscenze necessarie al riguardo devono essere prima acquisite con una riqualificazione.
- la persona assicurata, senza attività lucrativa o in formazione, è limitata totalmente o in parte nell'esercizio delle attività a lei incombenti fino a quel momento.

Art. 1.6 Invalidità

È considerata invalidità l'incapacità al guadagno che durerà presumibilmente tutta la vita. Essa è riconosciuta dall'assicuratore

- se dalla continuazione della cura medica non sia da attendersi alcun miglioramento sostanziale della capacità al guadagno e questa resterà nonostante i provvedimenti d'integrazione, e
- se dura da almeno dodici mesi. Se l'invalidità è stata accertata già prima della scadenza dei 12 mesi, l'assicuratore può riconoscerla anticipatamente.

Art. 1.7 Accertamento da parte dell'assicuratore

L'assicuratore accerta l'incapacità al guadagno risp. l'invalidità, così come l'inizio, il grado e la durata di quest'ultima, basandosi sulla valutazione eseguita da un perito da lui riconosciuto o designato in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein.

Per le persone che svolgono un'attività lucrativa, il grado dell'incapacità al guadagno risp. dell'invalidità è determinato in base alla perdita di guadagno subita. A tale fine il reddito conseguito prima dell'inizio dell'incapacità al guadagno è comparato al reddito conseguito dopo l'insorgenza dell'incapacità al guadagno o che potrebbe essere conseguito su un mercato del lavoro equilibrato. Per le persone che svolgono un'attività lucrativa con redditi irregolari o fortemente oscillanti come pure per i lavoratori indipendenti, quale reddito determinante prima dell'incapacità al guadagno è preso in considerazione il reddito medio soggetto all'AVS dei 36 mesi civili precedenti l'insorgenza dell'incapacità al guadagno.

Per le persone senza attività lucrativa o in formazione, il grado dell'incapacità al guadagno risp. dell'invalidità è determinato sulla base di un raffronto delle attività. In questo caso, le attività consuete svolte dalla persona assicurata prima dell'insorgenza dell'incapacità al guadagno vengono comparate a quelle attività che possono ancora essere svolte ulteriormente e che sono ragionevolmente esigibili.

II. Partecipanti al contratto

Art. 2.1 Forma scritta, forme di testo equivalenti

Di principio, altre forme che consentono la prova per testo sono equiparate alla forma scritta. L'assicuratore può definire i requisiti per altre forme, affinché possano essere considerate equivalenti alla forma scritta. Restano riservate le disposizioni di legge e la giurisprudenza in materia. L'uso di altre forme può comportare maggiori rischi per la protezione dei dati. L'assicuratore non è responsabile per comportamenti di cui è responsabile la persona contraente dell'assicurazione.

Art. 2.2 Persone partecipanti

Partecipano al contratto d'assicurazione le seguenti persone:

- **La persona contraente dell'assicurazione** è la persona che presenta la proposta, stipula l'assicurazione ed è partner contrattuale dell'assicurazione.
- **La persona assicurata** è la persona la cui vita o capacità al guadagno è assicurata. Può trattarsi della persona contraente dell'assicurazione stessa o di un'altra persona.
- **I beneficiari** sono le persone o le istituzioni che, per volere della persona contraente dell'assicurazione dovranno ricevere totalmente o parzialmente le prestazioni assicurate.
- **La persona tenuta a pagare i premi** è la persona contraente dell'assicurazione, salvo se un'altra persona si è impegnata a pagare il premio.
- **L'assicuratore** e partner contrattuale della persona contraente dell'assicurazione è la CONCORDIA Assicurazioni SA.
- **Il responsabile della gestione dei clienti**, su incarico dell'assicuratore, è SWICA Assicurazioni SA (SWICA).

Per tutte le questioni riguardanti l'assicurazione KTI, SWICA può consigliare la persona contraente dell'assicurazione, la persona assicurata, la persona che paga i premi e il beneficiario, inviare loro delle comunicazioni e riceverne. L'assicurazione SWICA può essere incaricata dall'assicuratore di compiti in relazione all'esercizio dell'assicurazione.

Art. 2.3 Comunicazioni

Tutte le comunicazioni possono essere validamente indirizzate alla sede centrale di SWICA o al suo rappresentante designato sulla polizza.

L'assicuratore, risp. SWICA, invia le sue comunicazioni in forma scritta alla persona contraente dell'assicurazione, alla persona assicurata, alla persona che paga i premi e al beneficiario all'ultimo indirizzo fornito.

Le comunicazioni possono anche essere inviate in forma elettronica. L'assicurazione può definire le condizioni affinché le comunicazioni siano considerate consegnate. Se la persona contraente dell'assicurazione abita fuori dalla Svizzera o dal Principato del Liechtenstein, deve designare una rappresentanza in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein, alla quale l'assicuratore, risp. SWICA, possa inviare validamente tutte le comunicazioni.

III. Basi contrattuali

Art. 3.1 Disposizioni applicabili

Costituiscono le basi giuridiche del contratto d'assicurazione, secondo il seguente ordine di grado:

- la proposta d'assicurazione, il modulo debitamente compilato ed eventualmente il rapporto della visita medica così come altre informazioni comunicate al fine di procedere all'esame del rischio,
- le disposizioni che figurano nella polizza assicurativa e in eventuali appendici o condizioni particolari,
- le presenti Condizioni generali d'assicurazione (CGA),
- la legge federale del 2 aprile 1908 sul contratto d'assicurazione (LCA), qualora un caso non sia esplicitamente disciplinato dal contratto.

Se nell'interpretazione del contratto singoli documenti si contraddicono reciprocamente, fanno testo le disposizioni del documento di rango superiore.

Art. 3.2 Età determinante

Laddove le presenti CGA o la tariffa dei premi si riferiscono all'età della persona assicurata, l'età determinante ai fini dell'assicurazione corrisponde alla differenza tra l'anno civile in corso e l'anno di nascita.

Art. 3.3 Anno d'assicurazione

L'anno d'assicurazione corrisponde all'anno civile. Il primo anno d'assicurazione si estende dall'inizio dell'assicurazione alla fine del medesimo anno civile.

IV. Stipulazione del contratto

Art. 4.1 Domicilio e età d'entrata

Una persona può essere assicurata se è domiciliata in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein. Essa può essere assicurata al più presto dal primo giorno del mese dopo la nascita. A partire dall'inizio dell'anno civile in cui la persona assicurata ha 56 anni, non può essere conclusa alcuna nuova assicurazione e il capitale assicurato non può più essere aumentato.

Art. 4.2 Proposta d'assicurazione

La persona contraente dell'assicurazione deve presentare all'assicuratore la proposta d'assicurazione debitamente firmata e compilata in modo completo e veritiero. La persona assicurata o il suo rappresentante legale devono rispondere in modo completo e veritiero alle domande sullo stato di salute e su altri fattori di rischio. Sulla base di tali documenti SWICA annuncia all'assicuratore le persone da assicurare per l'ammissione nell'assicurazione.

La persona contraente dell'assicurazione è vincolata alla sua proposta per 14 giorni o, qualora sia necessaria una visita medica, per quattro settimane, salvo se ha fissato un termine più breve o revocato la proposta.

Art. 4.3 Revoca

La persona contraente dell'assicurazione al momento della stipulazione del contratto o della dichiarazione di accettazione, può revocare la sua proposta mediante comunicazione scritta. Il termine per la revoca è di 14 giorni e inizia non appena la persona contraente dell'assicurazione ha richiesto o accettato il contratto.

Art. 4.4 Obbligo di dichiarazione e conseguenze della violazione di tale obbligo

La persona contraente dell'assicurazione e la persona assicurata risp. il suo rappresentante, durante l'intera procedura d'ammissione, sono tenuti a comunicare all'assicuratore tutti i fatti rilevanti per la valutazione del rischio per quanto siano loro noti o debbano esserlo.

Una violazione dell'obbligo di denuncia sussiste se la persona contraente dell'assicurazione o la persona assicurata, risp. il suo rappresentante, nel rispondere alle domande formulate in forma scritta nascondono o rivelano in modo errato fatti significativi che sapevano o avrebbero dovuto sapere quando hanno risposto alle domande. Sono fatti significativi in particolare le malattie e le conseguenze degli infortuni esistenti o pregresse.

L'assicuratore ha il diritto di disdire il contratto entro quattro settimane da quando è venuto a conoscenza della violazione dell'obbligo di dichiarazione, mediante comunicazione scritta. Con ciò si estingue anche l'obbligo a prestazioni da parte dell'assicuratore per danni già avvenuti, influenzati nella loro insorgenza e nella loro estensione da un fatto importante non dichiarato o dichiarato inesattamente. Per le assicurazioni il cui inizio è anteriore al 1° gennaio 2006, l'obbligo alle prestazioni cessa in ogni caso anche per i danni già avvenuti. Per eventuali prestazioni già percepite, l'assicuratore ha diritto al rimborso. Non sussiste alcun diritto al rimborso dei premi assicurativi.

Art. 4.5 Obbligo di notifica fino alla sottoscrizione dell'assicurazione

Se dopo aver risposto alle domande, fino alla sottoscrizione dell'assicurazione, cambiano dei fatti che portano ad un aumento significativo del rischio, il richiedente e la persona assicurata o il suo rappresentante sono tenuti ad informare immediatamente per scritto l'assicuratore e completare o correggere le risposte alle domande. In caso di aumento del rischio o di violazione dell'obbligo di notifica, l'assicuratore ha il diritto di recedere dal contratto.

Art. 4.6 Aumento assicurativo

L'aumento della somma assicurata equivale alla stipula di una nuova polizza assicurativa.

V. Inizio, durata e fine dell'assicurazione

Art. 5.1 Inizio della copertura assicurativa

L'assicuratore decide in merito all'accettazione della proposta d'assicurazione. Egli può accettare la proposta senza modifiche, applicare riserve, aumentare i premi per rischi particolari, rinviare la proposta o rifiutare completamente l'assicurazione.

La copertura assicurativa entra in vigore alla data indicata sulla polizza quale inizio dell'assicurazione.

Art. 5.2 Durata del contratto

L'assicurazione dura al massimo fino alla fine dell'anno civile in cui la persona assicurata raggiunge l'età determinante di 60 anni (età termine).

Art. 5.3 Disdetta

La persona contraente dell'assicurazione può disdire l'assicurazione anticipatamente o ridurre la somma assicurata per la fine dell'anno civile in corso, al più presto dopo un anno dall'inizio dell'assicurazione, mediante comunicazione scritta.

Art. 5.4 Termine dell'assicurazione

L'assicurazione termina

- con il decesso della persona assicurata,
- in caso d'invalidità totale della persona assicurata, purché non sia assicurato anche il caso di decesso,
- con il raggiungimento dell'età limite.

L'assicurazione termina anticipatamente

- con la revoca della proposta da parte della persona contraente dell'assicurazione,
- con la disdetta da parte della persona contraente dell'assicurazione,
- con la disdetta dell'assicuratore in seguito alla violazione dell'obbligo di dichiarazione,
- se la persona assicurata trasferisce il suo domicilio al di fuori della Svizzera e del Principato del Liechtenstein,
- in caso di mancato pagamento dei premi entro la scadenza del termine di diffida.

VI. Limitazioni della copertura assicurativa

Art. 6.1 In generale

Non sussiste alcun diritto alle prestazioni assicurative in caso di

- decesso, inabilità lavorativa o invalidità in seguito all'esposizione a radiazioni ionizzanti e a danni derivanti dall'energia atomica;
- decesso o invalidità causati da una malattia professionale ai sensi della legge federale sull'assicurazione contro gli infortuni (LAINF);
- rifiuto o impedimento di esami, accertamenti o provvedimenti per la reintegrazione professionale richiesti dall'assicuratore;
- partecipazione a operazioni per il mantenimento della pace nel quadro dell'ONU;
- partecipazione a una guerra, operazioni belliche o disordini. Le disposizioni conformemente all'art. 13 inerenti a servizio militare, guerra e disordini sono applicabili;
- conseguenze di crimini o delitti commessi o tentati intenzionalmente dalla persona assicurata. La persona assicurata agisce intenzionalmente se commette l'atto consapevolmente e volontariamente oppure se essa ritiene possibile il realizzarsi dell'atto e se ne accolla il rischio.

Art. 6.2 In caso di provocazione intenzionale

Non sussiste alcun diritto alle prestazioni se la persona assicurata

- decede in seguito a suicidio oppure se diventa invalida in seguito al tentativo di suicidio entro tre anni dall'inizio dell'assicurazione, dall'aumento della copertura assicurativa o dalla riattivazione dell'assicurazione,
- ha causato intenzionalmente la sua inabilità lavorativa o invalidità.

Ciò vale anche nel caso in cui la persona assicurata abbia commesso l'azione che ha portato al decesso, all'inabilità lavorativa o all'invalidità in uno stato d'incapacità di discernimento.

Art. 6.3 In caso di negligenza grave e atti temerari

L'assicuratore ha la facoltà di ridurre le prestazioni assicurative qualora un evento assicurativo sia causato da negligenza grave. Agisce per negligenza grave chi, per un'imprudenza colpevole, non abbia scorto le conseguenze della sua azione o non ne abbia tenuto conto, violando le più elementari norme di prudenza che ogni persona ragionevole avrebbe osservato nella stessa situazione e nelle medesime circostanze.

Se l'evento assicurato è la conseguenza di uno o più atti temerari, le prestazioni assicurate vengono ridotte e rifiutate in casi particolarmente gravi. Per atti temerari s'intendono azioni con le quali la persona assicurata si espone a un grave pericolo senza prendere o poter prendere provvedimenti finalizzati a limitare ragionevolmente il rischio. Le azioni di salvataggio a favore di persone sono invece assicurate anche se di per sé qualificabili come atti temerari.

Art. 6.4 In caso di decesso di un bambino

L'assicuratore paga quale capitale di decesso per un'assicurazione sulla vita di un bambino gli importi massimi seguenti:

- 2500 franchi, se il bambino assicurato decede prima di aver compiuto due anni e mezzo,
- 20000 franchi basandosi su tutte le assicurazioni esistenti, se l'età del bambino assicurato si situa tra i due anni e mezzo e i dodici anni al momento del decesso,
- 200000 franchi, se il bambino decede prima di aver compiuto i 15 anni d'età.

VII. Versamento delle prestazioni

Art. 7.1 In caso di decesso

Il diritto al capitale di decesso assicurato sussiste se il decesso della persona assicurata si verifica durante il periodo di concessione della copertura assicurativa.

Se il decesso della persona assicurata si verifica dopo che è già stato corrisposto interamente o in parte il capitale d'invalidità, viene versato anche il capitale di decesso, qualora tra l'inizio dell'invalidità e il decesso della persona assicurata siano trascorsi almeno sei mesi. Se il decesso si verifica prima e l'importo del capitale di decesso assicurato è superiore a quello del capitale d'invalidità già versato, sussiste allora il diritto al versamento della differenza. Se non esiste alcun nesso tra la causa del decesso e la causa dell'invalidità, viene versato l'intero capitale di decesso.

Art. 7.2 In caso d'invalidità

Il diritto al capitale d'invalidità sussiste in funzione del grado d'invalidità se l'invalidità della persona assicurata si verifica durante il periodo di concessione della copertura assicurativa.

In caso d'invalidità pari ad almeno il 70 per cento sussiste il diritto all'intero capitale d'invalidità assicurato; non sussiste alcun diritto se il grado d'invalidità è inferiore al 40 per cento.

Grado d'invalidità	Prestazione in per cento dell'intero capitale assicurato
0-39%	0%
40-49%	25%
50-59%	50%
60-69%	75%
dal 70%	100%

Art. 7.3 Esonero dal pagamento dei premi in caso d'incapacità lavorativa

Art. 7.3.1 Se la persona assicurata, nel periodo assicurativo, è inabile al lavoro per più di 180 giorni civili consecutivi a seguito d'infortunio o di malattia, l'assicuratore copre gli ulteriori premi, esonerando la persona contraente dell'assicurazione dall'obbligo del pagamento dei premi.

Art. 7.3.2 Il termine di attesa di 180 giorni viene applicato di nuovo dopo un'eventuale riabilitazione della persona assicurata, a meno che l'invalidità non si ripeta per la stessa causa nel corso di dodici mesi.

Art. 7.3.3 Il diritto all'esonero dal pagamento dei premi viene stabilito proporzionalmente al grado d'inabilità lavorativa, come segue:

- Per un'inabilità lavorativa inferiore al 40 per cento non sussiste alcun diritto.
- Per un'inabilità lavorativa tra il 40 per cento e il 70 per cento, il diritto all'esonero dal pagamento dei premi viene calcolato in percentuale in corrispondenza al grado d'inabilità lavorativa.
- Per un'inabilità lavorativa di almeno il 70 per cento sussiste il diritto all'esonero completo dal pagamento dei premi.

Art. 7.3.4 La persona contraente dell'assicurazione che rivendica l'esonero dal pagamento dei premi in seguito a invalidità della persona assicurata, deve notificare la richiesta all'assicuratore al più tardi entro un mese dalla scadenza del termine d'attesa, presentando i documenti necessari.

Art. 7.3.5 In caso di ritardo nella richiesta l'assicuratore può rifiutare l'esenzione dal pagamento del premio per il periodo in cui l'annuncio non era avvenuto a tempo debito, a meno che il ritardo sia da ritenere giustificabile date le circostanze.

Art. 7.3.6 Fino alla decisione da parte dell'assicuratore, la persona contraente dell'assicurazione deve continuare a pagare i premi. I premi pagati in eccesso saranno rimborsati.

Art. 7.4 Adeguamento al grado d'inabilità lavorativa o d'invalidità

Ogni modifica del grado d'inabilità lavorativa o d'invalidità è da comunicare immediatamente all'assicuratore. L'assicuratore ha diritto di fare riesaminare il grado d'inabilità lavorativa o d'invalidità in ogni momento.

Se il grado d'invalidità cambia, l'esonero dal pagamento dei premi viene adeguato al nuovo grado d'invalidità o annullato. Il cambiamento entra in vigore il giorno in cui è stato modificato il grado dell'inabilità lavorativa. Se a seguito del cambiamento del grado di inabilità lavorativa sono state percepite prestazioni troppo elevate, queste devono essere rimborsate. Se i premi versati sono insufficienti, la differenza deve essere pagata.

Art. 7.5 Giustificazione del diritto alle prestazioni

Art. 7.5.1 Il diritto alle prestazioni assicurative viene verificato dall'assicuratore non appena sono stati presentati tutti i documenti necessari. Per la valutazione del diritto alle prestazioni sono da presentare i seguenti documenti:

in caso di decesso:

- la polizza assicurativa in originale,
- la richiesta di prestazione compilata,
- il libretto di famiglia risp. l'atto di famiglia,
- il certificato ufficiale di morte,
- un certificato medico.

in caso d'invalidità:

- la polizza assicurativa in originale,
- la richiesta di prestazione compilata,
- un referto dei medici curanti riguardante la causa, il decorso e la durata dell'invalidità.

in caso d'inabilità lavorativa, al più tardi un mese dopo la scadenza del termine d'attesa:

- un rapporto medico dettagliato sulla malattia o le conseguenze d'infortunio e il grado d'inabilità lavorativa come pure
- una descrizione dell'attività esercitata dalla persona prima dell'inizio dell'inabilità lavorativa.

Art. 7.5.2 L'assicuratore è autorizzato a richiedere o a procurarsi direttamente ulteriori informazioni e documenti, nonché a far visitare da un medico, in ogni momento, la persona assicurata. I medici della persona assicurata sono svincolati dal segreto professionale nei confronti dell'assicuratore.

Art. 7.5.3 I documenti e i giustificativi devono essere presentati in tedesco, francese, italiano o inglese. Se i documenti o i giustificativi sono presentati in un'altra lingua, l'assicuratore può esigere dalla persona avente diritto alle prestazioni di fornire una traduzione dei documenti ufficialmente certificata in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein.

Art. 7.5.4 I crediti derivanti dal contratto d'assicurazione si prescrivono cinque anni dopo il verificarsi del fatto che giustifica l'obbligo a prestazioni.

Art. 7.6 Pagamento

Il pagamento delle prestazioni assicurative è effettuato in franchi svizzeri (CHF) su un conto indicato dalla persona beneficiaria presso una banca in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein o presso la Posta svizzera. Se è stato costituito un pegno, l'assicuratore può pagare la prestazione dovuta solo con il consenso scritto della creditrice o del creditore pignoratizio.

VIII. Clausola beneficiaria

Art. 8.1 Beneficiari

Art. 8.1.1 Se non specificato altrimenti, sono considerate beneficiari, nell'ordine descritto, le seguenti persone:

1. la persona assicurata,
2. in caso di suo decesso, la/il coniuge, la partner registrata o il partner registrato della persona assicurata,
3. in loro mancanza i figli della persona assicurata,
4. in loro mancanza i genitori della persona assicurata,
5. in loro mancanza i rimanenti eredi della persona assicurata, a esclusione dell'ente pubblico.

Art. 8.1.2 In mancanza di beneficiari vengono assunti i costi delle spese funerarie, al massimo il 10 per cento del capitale di decesso assicurato, al minimo 2500 franchi.

Art. 8.1.3 La persona contraente dell'assicurazione può in ogni momento, ma al più tardi prima del versamento della prestazione assicurata, modificare l'ordine dei beneficiari, escludere degli aventi diritto, o indicare altri beneficiari, purché non abbia optato per una clausola beneficiaria irrevocabile. La persona contraente dell'assicurazione può anche regolare i beneficiari tramite testamento o con un patto successorio oppure con una dichiarazione di volontà unilaterale, non formale. A tale scopo, la persona contraente dell'assicurazione non può farsi rappresentare da terzi.

Art. 8.1.4 La persona contraente dell'assicurazione deve notificare all'assicuratore la corrispondente comunicazione scritta e designare chiaramente la persona beneficiaria per nome (ogni altra forma di testo che di principio non sia equivalente alla forma scritta, non è valida). Nella cerchia dei beneficiari possono rientrare anche persone giuridiche.

Art. 8.1.5 La persona contraente dell'assicurazione può anche optare per una clausola beneficiaria irrevocabile. In tal caso deve annotare e sottoscrivere la rinuncia alla revoca del beneficiario e consegnare la polizza alla persona beneficiaria.

Art. 8.2 Beneficio in caso di fallimento o pignoramento

Art. 8.2.1 Se la persona contraente dell'assicurazione ha dichiarato irrevocabilmente il beneficiario, il credito assicurativo di cui ha diritto il beneficiario non può essere pignorato dalle creditrici o dai creditori della persona contraente dell'assicurazione.

Altrimenti, il beneficio si estingue con il pignoramento del credito derivante dall'assicurazione e con l'apertura di una procedura fallimentare contro la persona contraente dell'assicurazione. Esso rinasce quando cessa il pignoramento o sia revocato il fallimento.

Art. 8.2.2 Se la persona contraente dell'assicurazione ha stipulato l'assicurazione sulla sua vita, la sua/il suo coniuge, la sua partner registrata o il suo partner registrato, o i suoi discendenti, riservati eventuali diritti di pegno, sono privilegiati nella realizzazione secondo il diritto di esecuzione o di fallimento della persona contraente dell'assicurazione, come segue:

- Se queste persone sono beneficiarie, il loro diritto all'assicurazione e quello della persona contraente dell'assicurazione non sono soggetti alla procedura esecutiva. Se non lo hanno rifiutato espressamente, quali beneficiari essi subentrano alla persona contraente dell'assicurazione nei diritti e negli obblighi derivanti dal contratto d'assicurazione.
- Se sono stati designati altri beneficiari, la/il coniuge, la partner registrata o il partner registrato o i discendenti della persona contraente dell'assicurazione possono chiedere, con il suo consenso, che il diritto derivante dal contratto d'assicurazione sulla vita sia loro ceduto.

Art. 8.3 Cessione e costituzione in pegno

La persona contraente dell'assicurazione può costituire in pegno o cedere il diritto derivante dall'assicurazione. A tale scopo devono essere soddisfatte tutte le seguenti condizioni:

- un contratto di pegno o di cessione scritto tra la persona contraente dell'assicurazione e la creditrice o il creditore risp. l'acquirente del diritto (ogni altra forma di testo che di principio non sia equivalente alla forma scritta, non è valida),
- la consegna della polizza d'assicurazione alla creditrice o al creditore pignoratizio, risp. all'acquirente del diritto e
- una comunicazione scritta all'assicuratore (ogni altra forma di testo che di principio non sia equivalente alla forma scritta, non è valida).

Il diritto di pegno ha priorità sulla clausola beneficiaria, la quale riacquista pieno effetto dopo l'estinzione del pegno. In caso di cessione, l'acquirente del diritto dell'assicurazione assume la qualità di avente diritto.

IX. Premi

Art. 9.1 Tariffa

I premi sono calcolati annualmente e indicati sulla polizza assicurativa. Le tariffe dei premi prevedono classi d'età basate sui rischi. Se l'età determinante della persona assicurata raggiunge la classe successiva, il premio aumenta in virtù del rischio più elevato.

Art. 9.2 Adeguamento della tariffa dei premi

Le tariffe dei premi non sono garantite. L'assicuratore è autorizzato ad adeguarle se i rapporti alla base del calcolo dei premi hanno subito sensibili modifiche. A tal fine, l'assicuratore comunica gli adeguamenti per scritto alla persona contraente dell'assicurazione al più tardi 30 giorni prima della loro entrata in vigore. La persona contraente dell'assicurazione, in questo caso, ha diritto di disdire l'assicurazione per scritto. Se si avvale di questo diritto, l'assicurazione si estingue al termine dell'anno assicurativo in corso. La disdetta deve pervenire all'assicuratore al più tardi l'ultimo giorno dell'anno assicurativo in corso. Se la persona contraente dell'assicurazione non inoltra una disdetta, ciò vale quale consenso all'adeguamento dell'assicurazione.

Art. 9.3 Obbligo di pagamento

Il premio è calcolato annualmente ed è indicato sulla polizza.

Art. 9.4 Conseguenze della mora

Se il premio non viene pagato entro la data di scadenza, la persona contraente dell'assicurazione sarà sollecitata per scritto a pagare i premi arretrati entro 14 giorni dall'invio del sollecito, facendo riferimento alle conseguenze del ritardo. Se la diffida rimane senza effetto, la protezione assicurativa cessa a partire dalla data di scadenza del termine di diffida.

Se il premio viene pagato dopo la scadenza del termine di diffida, la protezione assicurativa non entra automaticamente di nuovo in vigore. L'assicuratore può rimborsare i premi pagati in ritardo e rifiutare di continuare l'assicurazione o chiedere alla persona assicurata un nuovo esame dello stato di salute o accordare la copertura assicurativa a nuove condizioni. Non sussiste alcuna protezione assicurativa per le conseguenze di tutti gli eventi verificatisi tra la scadenza del termine di diffida e l'accettazione dei premi versati ulteriormente con interessi e spese.

Art. 9.5 Rimborso dei premi

L'assicuratore rimborsa i premi pagati per il periodo successivo al decesso o all'inizio dell'invalidità della persona assicurata alla persona attualmente registrata quale persona che paga i premi.

I premi pagati durante il periodo di esonero dal pagamento dei premi vengono rimborsati totalmente.

X. Protezione dei dati

Art. 10.1 Trattamento dei dati

L'assicuratore tratta i dati necessari per il disbrigo del contratto d'assicurazione, in particolare i dati relativi alla persona contraente dell'assicurazione, alla persona assicurata, alla persona tenuta a pagare i premi come pure i dati dei beneficiari.

Art. 10.2 Conservazione dei dati

I dati sono salvati elettronicamente e conservati su carta.

Art. 10.3 Scambio di dati tra l'assicuratore e SWICA

La consulenza alla clientela è effettuata da consulenti SWICA. SWICA trasmette all'assicuratore i dati personali necessari alla stipulazione del contratto. Dopo la conclusione del contratto l'assicuratore comunica a SWICA i dati occorrenti per la polizza, l'incasso dei premi, la procedura di diffida e la gestione della clientela.

Art. 10.4 Trasmissione di dati al riassicuratore

L'assicuratore può trasmettere una parte dei rischi al riassicuratore. Per questo sono trasmessi al riassicuratore anche dati personali.

Art. 10.5 Trasmissione di dati a terzi

Per l'elaborazione dell'assicurazione, l'assicuratore può coinvolgere specialisti esterni (ad es. medici, esperti legali), che a loro volta sono tenuti a rispettare la protezione dei dati e la riservatezza. Nell'ambito della verifica della proposta possono essere richiesti o trasmessi dati personali ad altre società assicurative. La trasmissione di dati personali ad altri terzi è possibile solo con il consenso della persona contraente dell'assicurazione risp. della persona assicurata.

XI. Foro competente

L'assicuratore può essere citato in giudizio presso la sua sede a Lucerna o presso il domicilio svizzero o nel Principato del Liechtenstein della persona contraente dell'assicurazione risp. della persona avente diritto.

XII. Adeguamento delle condizioni d'assicurazione

Le condizioni d'assicurazione valgono per l'intera durata dell'assicurazione. Se l'assicuratore, nel corso della durata del contratto, modifica le condizioni di assicurazione dell'assicurazione capitale di rischio KTI, su richiesta della persona contraente dell'assicurazione, esamina se e in quale misura le nuove condizioni d'assicurazione possono essere applicate.

XIII. Servizio militare, guerra e disordini

Art. 13.1 Servizio militare in tempo di pace

Il servizio attivo per difendere la neutralità svizzera nonché quello prestato per mantenere l'ordine e la tranquillità all'interno del Paese, entrambi senza operazioni belliche, è considerato servizio militare in tempo di pace e come tale è compreso nell'assicurazione secondo le presenti CGA.

Art. 13.2 Contributo unico in caso di guerra

Se la Svizzera entrasse in guerra o si trovasse coinvolta in operazioni belliche, a partire dall'inizio del conflitto è dovuto un contributo unico di guerra, esigibile un anno dopo la fine del conflitto bellico. È irrilevante se la persona assicurata prende parte o meno alla guerra e se soggiorna in Svizzera o all'estero.

Art. 13.3 Determinazione del contributo unico

Il contributo unico di guerra serve a coprire i danni causati direttamente o indirettamente dal conflitto bellico, nella misura in cui essi concernono assicurazioni per le quali valgono le presenti condizioni. L'assicuratore, di comune accordo con l'autorità di sorveglianza svizzera, valuta questi danni di guerra e i fondi di copertura disponibili, fissa il contributo unico di guerra e ne determina le possibilità di ammortamento, eventualmente mediante riduzione delle prestazioni assicurate.

Art. 13.4 Possibile rinvio delle prestazioni in tempo di guerra

Qualora le prestazioni assicurate giungessero a scadenza prima che sia fissato il contributo unico di guerra, l'assicuratore è autorizzato a posticipare il pagamento di una quota adeguata fino a un anno dalla fine del conflitto bellico. L'ammontare della prestazione da posticipare e il tasso d'interesse a essa applicabile verranno stabiliti dall'assicuratore di comune accordo con l'autorità di sorveglianza svizzera.

Art. 13.5 Definizione della data d'inizio e di fine della guerra

La data d'inizio e di fine della guerra applicabile ai sensi delle precedenti disposizioni è stabilita dall'autorità di sorveglianza svizzera.

Art. 13.6 Adeguamento delle prestazioni in caso di partecipazione ad una guerra all'estero

Se la persona assicurata prende parte a una guerra o a un'operazione bellica, senza che la Svizzera entri in guerra o si trovi coinvolta in azioni di guerra e se la persona assicurata dovesse morire in quella circostanza o entro sei mesi a partire dall'accordo di pace risp. dalla fine delle ostilità, l'assicuratore è debitore del capitale di copertura calcolato al giorno del decesso, al massimo però la prestazione assicurata in caso di morte. Se l'assicurazione prevede rendite per i superstiti, al posto del capitale di copertura subentrano le rendite corrispondenti al capitale di copertura calcolato al giorno del decesso, al massimo però le rendite assicurate.

Art. 13.7 Modifica di questo articolo

L'assicuratore si riserva il diritto di modificare, di comune accordo con l'autorità di sorveglianza svizzera, le disposizioni del presente articolo e di applicare tali modifiche a questa assicurazione. Sono inoltre espressamente riservati provvedimenti legislativi e amministrativi emanati in relazione a una guerra, in particolare quelli concernenti il riscatto dell'assicurazione.