

ASSICURAZIONE DI CAPITALE DI RISCHIO KTI

CONDIZIONI GENERALI  
D'ASSICURAZIONE (CGA)  
ASSICURAZIONE DI CAPITALE  
DI RISCHIO PER DECESSO  
E INVALIDITÀ IN SEGUITO  
A MALATTIA KTI.

Edizione 2014

# 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 % il capitale assicurato è corrisposto in relazione al grado d'invalidità. Per una invalidità pari ad almeno il 70 %, l'assicurato percepisce l'intero capitale assicurato per l'invalidità.
- L'assicurazione non prevede una quota di risparmio e alcun valore di riscatto.

## 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 % il premio viene ridotto proporzionalmente. Dal 70 % d'inabilità lavorativa sussiste il diritto all'esonero completo dal pagamento dei premi.

## Somma assicurativa a scelta

Le somme assicurative per decesso e per invalidità possono essere scelte liberamente in multipli di CHF 10 000. La somma minima assicurabile per invalidità e per decesso è di CHF 10 000.

## KTI per bambini

Per bambini fino all'età di 12 anni la somma massima assicurabile per decesso è CHF 20 000. Se il bambino assicurato decede prima di aver compiuto due anni e mezzo, sono pagati al massimo CHF 2 500. Tra i 12 e i 15 anni d'età, l'assicuratore paga, in caso di decesso, un capitale massimo di CHF 200 000. 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 come pure dal sesso e dall'età della persona assicurata. Con l'aumento dell'età sale 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, avvenute prima dell'inizio dell'assicurazione, devono essere comunicate all'assicuratore. 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. Essa termina nei casi normali al 31 dicembre dell'anno in cui la persona assicurata compie i 60 anni oppure 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 l'assicurato 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.

## Discrezione e sicurezza dei dati

L'assicuratore elabora i dati necessari all'esecuzione del contratto d'assicurazione. A tale scopo può consultare degli specialisti esterni e altri assicuratori. I dati sono salvati elettronicamente e conservati su carta.

## 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 Assicurazione malattia SA (SWICA) offre l'assicurazione capitale di rischio KTI della CONCORDIA in qualità di mediatore, e su incarico della CONCORDIA assiste i clienti, allestisce le polizze e si occupa dell'incasso dei premi e delle sollecitazioni di pagamento. 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).

# Assicurazione capitale di rischio KTI

## Previdenza libera (pilastro 3b)

### Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

#### I Oggetto dell'assicurazione

##### 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.

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

##### 1.2 Capitale assicurato

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

1.2.2 L'importo del capitale assicurato per ogni rischio è indicato sulla polizza assicurativa. Esso ammonta almeno a CHF 10 000 in caso di decesso e almeno a CHF 10 000 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 CHF 20 000.

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

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 CHF 5 000) fino al raggiungimento dell'età termine.

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.

##### 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.

##### 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.

##### 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.

##### 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.

##### 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

### 2.1 Forma maschile e femminile

Per facilitare la lettura delle presenti condizioni d'assicurazione, per quanto riguarda le persone è stata utilizzata la forma maschile. Tali definizioni si riferiscono naturalmente anche alle persone di sesso femminile o alle persone giuridiche.

### 2.2 Persone partecipanti

Partecipano al contratto d'assicurazione le seguenti persone:

- Lo **stipulante** è la persona che presenta la proposta, stipula l'assicurazione ed è partner contrattuale dell'assicuratore.
- La **persona assicurata** è la persona la cui vita o capacità al guadagno è assicurata, può trattarsi dello stipulante stesso oppure di un'altra persona.
- I **beneficiari** sono le persone o le istituzioni che, per volere dello stipulante, dovranno ricevere interamente o in parte le prestazioni assicurate.
- La **persona tenuta a pagare i premi** è lo stipulante, purché un soggetto diverso non si sia impegnato al pagamento dei premi.
- L'**assicuratore** e partner contrattuale dello stipulante è la CONCORDIA Assicurazioni SA.
- Il **responsabile della gestione dei clienti**, su incarico dell'assicuratore, è SWICA Assicurazione malattia SA (SWICA).

SWICA, per tutte le questioni riguardanti l'assicurazione KTI, può consigliare lo stipulante, la persona assicurata, la persona che paga i premi e i beneficiari, così come inviare loro comunicazioni e riceverne. L'assicurazione SWICA può essere incaricata dall'assicuratore di compiti in relazione all'esercizio dell'assicurazione.

### 2.3 Comunicazioni

Le comunicazioni all'assicuratore sono giuridicamente valide solo se pervengono a quest'ultimo o a SWICA in forma scritta.

L'assicuratore, risp. SWICA, invia le sue comunicazioni allo stipulante, alle persone assicurate, agli aventi diritto e ai beneficiari in forma scritta all'ultimo indirizzo noto.

Se lo stipulante non è domiciliato in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein, egli è tenuto a designare un rappresentante in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein al quale l'assicuratore, risp. SWICA, possa validamente indirizzare tutte le comunicazioni.

## III Basi contrattuali

3.1 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.

3.2 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.

3.3 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

### 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.

### 4.2 Proposta d'assicurazione

Lo stipulante è tenuto a 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 veritiero e completo alle domande riguardanti la salute e altri fattori di rischio. Sulla base di tali documenti SWICA annuncia all'assicuratore le persone da assicurare per l'ammissione nell'assicurazione.

Lo stipulante è vincolato alla sua proposta per 14 giorni o, qualora sia necessaria una visita medica, per quattro settimane, purché egli non abbia fissato un termine più breve o revocato la proposta.

### 4.3 Revoca

Lo stipulante può revocare la proposta entro sette giorni dalla data della firma, mediante comunicazione scritta. Ciò vale anche se l'assicuratore ha già accettato la proposta.

### 4.4 Obbligo di dichiarazione e conseguenze della violazione di tale obbligo

Durante l'intera procedura d'ammissione, lo stipulante e la persona assicurata risp. il loro rappresentante legale sono tenuti a comunicare all'assicuratore tutti i fatti rilevanti per la valutazione del rischio per quanto siano loro noti o debbano esserlo. Essi sono tenuti a comunicare all'assicuratore eventuali cambiamenti riguardanti tali fatti entro l'inizio dell'assicurazione e a completare o rettificare le loro dichiarazioni nella proposta risp. nel questionario.

Una violazione dell'obbligo di dichiarazione sussiste se alla conclusione dell'assicurazione lo stipulante o la persona assicurata risp. il loro rappresentante legale hanno fornito indicazioni scritte false riguardanti fatti importanti o hanno taciuto dei fatti importanti che conoscevano o avrebbero dovuto conoscere. Sono in particolare considerati fatti importanti malattie o postumi d'infortunio esistenti o esistiti in passato.

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.

### 4.5 Aumento assicurativo

L'aumento del capitale assicurato è equiparato a una nuova assicurazione.

## V Inizio, durata e fine dell'assicurazione

### 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.

## 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).

## 5.3 Disdetta

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

## 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 d'assicurazione da parte dello stipulante,
- con la disdetta dello stipulante,
- 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

### 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.

### 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.

### 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.

### 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:

- CHF 2500, se il bambino assicurato decede prima di aver compiuto due anni e mezzo,
- CHF 20000 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,
- CHF 200000, se il bambino decede prima di aver compiuto i 15 anni d'età.

## VII Versamento delle prestazioni

### 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.

### 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% sussiste il diritto all'intero capitale d'invalidità assicurato; non sussiste alcun diritto se il grado d'invalidità è inferiore al 40%.

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

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

7.3.1 Se la persona assicurata durante il periodo di concessione della copertura assicurativa, a seguito di un infortunio o una malattia, è inabile al lavoro per più di 180 giorni civili consecutivi, l'assicuratore continua con il versamento dei premi esonerando lo stipulante dall'obbligo del pagamento dei premi.

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.

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 % non sussiste alcun diritto.
- Per un'inabilità lavorativa tra il 40 % e il 70 %, 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 % sussiste il diritto all'esonero completo dal pagamento dei premi.

7.3.4 Lo stipulante 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.

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.

7.3.6 Fino alla decisione da parte dell'assicuratore, lo stipulante deve continuare a pagare i premi. Gli eventuali premi pagati in eccesso vengono rimborsati.

#### 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. La modifica entra in vigore il giorno in cui è stato modificato il grado d'inabilità lavorativa. Eventuali prestazioni troppo elevate percepite in seguito al cambiamento del grado d'inabilità lavorativa o d'invalidità sono da rimborsare. Se i premi versati sono insufficienti, la differenza deve essere pagata.

#### 7.5 Giustificazione del diritto alle prestazioni

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,
  - 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.

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

7.5.3 I crediti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal fatto su cui è fondato l'obbligo alle prestazioni.

#### 7.6 Pagamento

Il pagamento delle prestazioni assicurative è effettuato in franchi svizzeri (CHF) su un conto indicato dal beneficiario presso una banca in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein oppure presso la Posta svizzera.

In caso di costituzione in pegno, l'assicuratore può versare le prestazioni esigibili solo previo consenso scritto del creditore pignoratizio.

### VIII Clausola beneficiaria

#### 8.1 Beneficiari

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 il coniuge o il partner registrato della persona assicurata,
3. in sua 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.

8.1.2 In mancanza di beneficiari vengono assunti i costi delle spese funerarie, al massimo il 10 % del capitale di decesso assicurato, al minimo CHF 2 500.

8.1.3 In ogni momento, al più tardi entro il versamento della prestazione assicurativa, lo stipulante è autorizzato a modificare l'ordine dei beneficiari, escludere gli aventi diritto o includere altri beneficiari, purché non abbia optato per una clausola beneficiaria irrevocabile. Egli può anche regolare i beneficiari tramite testamento o con un patto successorio oppure con una dichiarazione di volontà unilaterale non formale.

8.1.4 Lo stipulante deve notificare all'assicuratore la corrispondente comunicazione scritta e designare chiaramente il beneficiario per nome. Nella cerchia dei beneficiari possono rientrare anche persone giuridiche.

8.1.5 Lo stipulante può anche optare per una clausola beneficiaria irrevocabile. In tal caso egli deve annotare e sottoscrivere la relativa rinuncia alla revoca sulla polizza e consegnare quest'ultima al beneficiario.

#### 8.2 Beneficio in caso di fallimento o pignoramento

8.2.1 Se lo stipulante ha dichiarato irrevocabile la clausola beneficiaria, il diritto creato dall'assicurazione a favore del beneficiario non soggiace all'esecuzione a vantaggio dei creditori dello stipulante.

Altrimenti, il beneficio si estingue col pignoramento del credito derivante dall'assicurazione e con la dichiarazione di fallimento dello stipulante. Esso rinasce quando cessa il pignoramento o sia revocato il fallimento.

8.2.2 Se lo stipulante ha concluso l'assicurazione sulla propria vita, il suo coniuge, il partner registrato o i suoi discendenti sono, salvo gli eventuali diritti di pegno, privilegiati nella realizzazione in via di esecuzione e di fallimento dello stipulante come segue:

- Se queste persone sono designate quali beneficiari, il loro diritto d'assicurazione e quello dello stipulante non soggiacciono all'esecuzione. Essi subentrano allo stipulante nei diritti e negli obblighi derivanti dal contratto di assicurazione, purché non rifiutino espressamente un tale subingresso
- Se sono stati designati altri beneficiari, il coniuge, il partner registrato o i discendenti dello stipulante possono chiedere col consenso di quest'ultimo che il diritto derivante da un contratto d'assicurazione sulla vita venga loro ceduto.

### 8.3 Cessione e costituzione in pegno

Lo stipulante 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 lo stipulante e il creditore pignoratizio risp. il cessionario del diritto,
- la consegna della polizza assicurativa al creditore pignoratizio risp. al cessionario del diritto, e
- una comunicazione scritta all'assicuratore.

Il diritto di pegno ha priorità sulla clausola beneficiaria, la quale riacquista pieno effetto dopo l'estinzione del pegno. In caso di cessione, il cessionario del credito derivante dall'assicurazione assume egli stesso la qualità di avente diritto.

## IX Premi

### 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.

### 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. In tal caso l'assicuratore deve notificare allo stipulante tali adeguamenti per iscritto al più tardi 30 giorni prima della loro entrata in vigore. Lo stipulante ha quindi il diritto di disdire l'assicurazione per scritto. Se fa uso di questo diritto, l'assicurazione si estingue alla scadenza dell'anno assicurativo in corso. La disdetta deve pervenire all'assicuratore al più tardi l'ultimo giorno dell'anno assicurativo in corso. In mancanza di disdetta da parte dello stipulante, l'adeguamento dell'assicurazione si ritiene accettato.

### 9.3 Obbligo di pagamento

Il premio è calcolato annualmente ed è indicato sulla polizza.

### 9.4 Conseguenze della mora

Se il premio non viene pagato entro la data di scadenza, lo stipulante viene diffidato per scritto, facendo riferimento alle conseguenze di mora, a effettuare il pagamento dei premi arretrati entro 14 giorni dall'invio della diffida. 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 versati ulteriormente e rifiutare la continuazione dell'assicurazione o richiedere alla persona assicurata un nuovo esame dello stato di salute o concedere la protezione 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.

### 9.5 Rimborso dei premi

L'assicuratore rimborsa al pagatore dei premi registrato presso di lui i premi che sono stati pagati per il periodo successivo al decesso o all'insorgenza dell'invalidità della persona assicurata.

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

## X Protezione dei dati

**10.1** L'assicuratore elabora i dati necessari all'esecuzione del contratto d'assicurazione, in particolare le indicazioni sullo stipulante, sulla persona assicurata e sulla persona tenuta al pagamento dei premi e sui beneficiari.

**10.2** I dati sono salvati elettronicamente e conservati su carta.

**10.3** 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.

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

**10.5** L'assicuratore, per l'esecuzione dell'assicurazione, può consultare degli specialisti esterni (ad esempio medici, esperti giuridici), i quali a loro volta sono tenuti alla protezione dei dati e alla tutela del segreto. Nell'ambito della verifica della proposta possono essere richiesti o trasmessi dati personali ad altre società assicurative. La trasmissione dei dati personali ad altri terzi è effettuata solo con il consenso dello stipulante rispettivamente della persona assicurata.

## XI Foro competente

L'assicuratore può essere citato in giudizio presso la sua sede commerciale di Lucerna oppure presso il domicilio in Svizzera risp. nel Principato del Liechtenstein dello stipulante risp. dell'avente diritto.

## XII Adeguamento delle condizioni d'assicurazione

Le condizioni d'assicurazione valgono per l'intera durata dell'assicurazione. Qualora l'assicuratore modificasse le Condizioni generali d'assicurazione (CGA) dell'assicurazione capitale di rischio KTI nel corso della durata del contratto, l'assicuratore verifica su richiesta dello stipulante se e in quale misura le nuove condizioni d'assicurazione possono essere applicate.

## XIII Servizio militare, guerra e disordini

**13.1** 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.

**13.2** 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 o se soggiorna in Svizzera o all'estero.

**13.3** 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.

**13.4** 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.

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

**13.6** 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 nel conflitto e se 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. L'importo dovuto non può tuttavia superare la prestazione assicurata in caso di decesso. Se l'assicurazione prevede rendite per superstiti, in luogo del capitale di copertura subentrano le rendite corrispondenti al capitale di copertura calcolato al giorno del decesso. Esse non potranno comunque superare le rendite assicurate.

**13.7** 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.