



life

Condizioni generali d'assicurazione (CGA) della Cassa malati Kolping SA relative all'assicurazione rischio sulla vita life, previdenza libera (pilastro 3b)

Edizione 2013

life

Condizioni generali d'assicurazione (CGA) della Cassa malati Kolping SA relative all'assicurazione rischio sulla vita life, previdenza libera (pilastro 3b)

Edizione 2013

Indice

2/8

1	Oggetto dell'assicurazione	Pagina 3	7	Versamento delle prestazioni	Pagina 6
1.1	Rischi assicurati	Pagina 3	7.1	In caso di decesso	Pagina 6
1.2	Capitale assicurato	Pagina 3	7.2	In caso d'invalidità	Pagina 6
1.3	Malattia	Pagina 3	7.3	Adeguamento al grado d'invalidità	Pagina 6
1.4	Infortunio	Pagina 3	7.4	Giustificazione del diritto alle prestazioni	Pagina 6
1.5	Incapacità al guadagno	Pagina 3	7.5	Versamento	Pagina 6
1.6	Invalidità	Pagina 3	8	Clausola beneficiaria	Pagina 6
1.7	Accertamento da parte dell'assicuratore	Pagina 3	8.1	Beneficiari	Pagina 6
2	Persone partecipanti al contratto	Pagina 4	8.2	Beneficio in caso di fallimento e pignoramento	Pagina 7
2.1	Forma maschile e femminile	Pagina 4	8.3	Cessione e costituzione in pegno	Pagina 7
2.2	Persone partecipanti	Pagina 4	9	Premi	Pagina 7
2.3	Comunicazioni	Pagina 4	9.1	Tariffa dei premi	Pagina 7
3	Basi contrattuali	Pagina 4	9.2	Adeguamento della tariffa dei premi	Pagina 7
4	Conclusione del contratto	Pagina 4	9.3	Obbligo di pagamento	Pagina 7
4.1	Domicilio ed età d'entrata	Pagina 4	9.4	Conseguenze della mora	Pagina 7
4.2	Proposta d'assicurazione	Pagina 4	9.5	Rimborso dei premi	Pagina 7
4.3	Revoca	Pagina 4	10	Gestione dei dati	Pagina 7
4.4	Obbligo di dichiarazione e conseguenze della violazione di tale obbligo	Pagina 4	11	Foro competente	Pagina 8
5	Inizio, durata e fine dell'assicurazione	Pagina 5	12	Adeguamento delle condizioni d'assicurazione	Pagina 8
5.1	Protezione assicurativa provvisoria	Pagina 5	13	Servizio militare, guerra e disordini	Pagina 8
5.2	Protezione assicurativa definitiva	Pagina 5			
5.3	Durata contrattuale	Pagina 5			
5.4	Disdetta	Pagina 5			
5.5	Fine dell'assicurazione	Pagina 5			
6	Limitazioni della protezione assicurativa	Pagina 5			
6.1	In generale	Pagina 5			
6.2	In caso di provocazione intenzionale	Pagina 5			
6.3	In caso di negligenza grave e atti temerari	Pagina 6			
6.4	In caso di decesso di un bambino	Pagina 6			

1 Oggetto dell'assicurazione

1.1 Rischi assicurati

L'assicurazione rischio sulla vita life offre, nel quadro della previdenza libera (pilastro 3b), protezione contro le conseguenze economiche di decesso o invalidità in seguito a malattia o infortunio.

life 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.

L'assicurazione vale in tutto il mondo; al di fuori della Svizzera e del Principato del Liechtenstein tuttavia unicamente in occasione di viaggi e soggiorni all'estero di durata non eccedente i 12 mesi, sempreché non sia stato previsto un altro accordo scritto con l'assicuratore.

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 50'000 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 Fino al termine dell'anno civile in cui la persona assicurata ha 20 anni, l'importo del capitale assicurato in caso di malattia e d'infortunio è sempre identico. A partire dall'età determinante di 21 anni, il capitale assicurato in caso d'infortunio può essere inferiore o uguale a quello assicurato in caso di malattia.

1.2.4 Il capitale assicurato rimane costante fino al termine dell'anno civile in cui la persona assicurata ha 55 anni. A partire dall'età determinante di 56 anni, il capitale totale assicurato all'età di 55 anni si riduce annualmente del 20%.

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 l'infortunio non è assicurato, non sussiste alcun diritto alle prestazioni se il decesso o l'invalidità sono stati causati da un infortunio o da una lesione corporale parificabile ai postumi d'infortunio. 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 ha durato almeno per un periodo di 12 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.

2 Persone partecipanti al contratto

2.1 Forma maschile e femminile

Onde agevolare la lettura delle presenti condizioni d'assicurazione, tutte le designazioni in riferimento alle persone sono espresse in forma maschile. Beninteso queste designazioni valgono anche per le persone di sesso femminile e le 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 una terza persona.
- I **beneficiari** sono le persone o le istituzioni che, per volere dello stipulante, ricevono interamente o in parte le prestazioni assicurate.
- Il **pagatore dei premi** è lo stipulante, nella misura in cui un'altra persona non si è impegnata a pagare i premi.
- L'**assicuratore** e partner contrattuale dello stipulante è la Concordia Assicurazioni SA.
- Il **consulente alla clientela** per conto dell'assicuratore è la Cassa malati Kolping SA (qui di seguito denominata Kolping). Kolping può consigliare lo stipulante, la persona assicurata, il pagatore dei premi e i beneficiari per tutte le questioni inerenti a life. Oltre a ciò, essa può inoltrare loro delle comunicazioni e riceverne da parte loro. Inoltre l'assicuratore può affidarle incarichi in relazione con l'esercizio dell'assicurazione.

2.3 Comunicazioni

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

L'assicuratore risp. la Kolping inviano le loro 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. la Kolping possono validamente notificare l'insieme delle comunicazioni.

3 Basi contrattuali

1. Costituiscono le basi giuridiche del contratto d'assicurazione, secondo il seguente ordine gerarchico:
 - la proposta d'assicurazione, il formulario 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 con-

traddicono reciprocamente, fanno testo le disposizioni del documento di rango superiore.

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. 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.

4 Conclusione del contratto

4.1 Domicilio ed 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 la Kolping annuncia all'assicuratore le persone da assicurare al fine della loro ammissione.

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 per iscritto entro 14 giorni dalla data della firma. 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 ch'essi conoscono o avrebbero dovuto conoscere. 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 formulario.

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 per iscritto il contratto entro quattro settimane da quando è venuto a conoscenza della violazione dell'obbligo di dichiarazione. Con ciò si estingue anche l'obbligo alle 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.

5 Inizio, durata e fine dell'assicurazione

5.1 Protezione assicurativa provvisoria

5.1.1 La protezione assicurativa provvisoria ha inizio all'arrivo della proposta d'assicurazione debitamente compilata e firmata presso l'assicuratore, al più presto tuttavia alla data d'inizio dell'assicurazione indicata sulla proposta d'assicurazione.

5.1.2 Se la proposta d'assicurazione è presentata prima della nascita della persona assicurata, la protezione assicurativa provvisoria ha inizio con l'arrivo della comunicazione all'assicuratore che il bambino è nato e del tutto sano, al più presto tuttavia a partire dal primo giorno del mese dopo la nascita.

5.1.3 La protezione assicurativa provvisoria è accordata unicamente se, al momento della presentazione della proposta d'assicurazione, la persona da assicurare

- non prevede di soggiornare al di fuori della Svizzera, del Principato del Liechtenstein, dell'Europa occidentale o dell'America del Nord; e
- non è in esame, trattamento o controllo medico; e
- è interamente atta al lavoro, nella misura in cui esercita un'attività lucrativa; oppure
- è in grado di svolgere l'insieme delle attività che possono essere svolte da una persona del tutto sana, della stessa età e del medesimo sesso, nella misura in cui non esercita alcuna attività lucrativa.

5.1.4 La protezione assicurativa provvisoria non si applica ai danni alla salute già esistenti e alle loro conseguenze.

5.1.5 Qualora si verifichi un caso d'assicurazione durante il periodo di protezione assicurativa provvisoria, l'assicuratore versa le prestazioni assicurative richieste, tuttavia per tutte le proposte pendenti e le polizze esistenti sulla vita della medesima persona la copertura provvisoria è limitata a CHF 100'000 per prestazioni in caso di decesso e a CHF 100'000 per prestazioni in caso d'invalidità.

5.1.6 La copertura assicurativa provvisoria dura al massimo 60 giorni. Essa cessa

- con l'entrata in vigore della protezione assicurativa definitiva;
- non appena lo stipulante revoca la proposta d'assicurazione o rifiuta una modifica proposta dall'assicuratore;
- non appena l'assicuratore rinvia la proposta nel tempo o la rifiuta.

5.2 Protezione assicurativa definitiva

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 protezione assicurativa definitiva entra in vigore alla data indicata sulla polizza quale inizio dell'assicurazione.

5.3 Durata contrattuale

L'assicurazione dura al massimo fino alla fine dell'anno civile

in cui la persona assicurata raggiunge l'età determinante di 59 anni (età termine).

5.4 Disdetta

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

5.5 Fine dell'assicurazione

L'assicurazione termina

- con il decesso della persona assicurata;
- in caso d'invalidità totale della persona assicurata, purché questa non sia assicurata in caso di decesso;
- con il raggiungimento dell'età termine.

L'assicurazione termina anticipatamente

- con la revoca della proposta d'assicurazione da parte dello stipulante;
- mediante disdetta dello stipulante;
- mediante disdetta dell'assicuratore in seguito alla violazione dell'obbligo di dichiarazione;
- se la persona assicurata trasferisce il proprio domicilio al di fuori della Svizzera e del Principato del Liechtenstein, oppure se soggiorna al di fuori della Svizzera o del Principato del Liechtenstein per più di 12 mesi senza che l'assicuratore abbia precedentemente dato il proprio assenso scritto alla continuazione dell'assicurazione;
- in caso di mancato pagamento dei premi entro la scadenza del termine di diffida.

6 Limitazioni della protezione assicurativa

6.1 In generale

Non sussiste alcun diritto alle prestazioni assicurative in caso di:

- danni prenatali, infermità congenite e relative conseguenze;
- decesso o invalidità in seguito all'esposizione a radiazioni ionizzanti e a danni derivanti dall'energia atomica;
- 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 invalidità.

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

6.3 In caso di negligenza grave e atti temerari

6.3.1 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.

6.3.2 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 è autorizzato a versare quale capitale di decesso per un'assicurazione sulla vita di un bambino gli importi massimi seguenti:

- CHF 2'500, se il bambino assicurato decede prima di aver compiuto due anni e mezzo;
- CHF 20'000, 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.

7 Versamento delle prestazioni

7.1 In caso di decesso

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

7.1.2 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 protezione assicurativa.

- Non sussiste alcun diritto se il grado d'invalidità è inferiore al 25%.
- In caso d'invalidità tra il 25% e il 70%, è dovuto il capitale d'invalidità corrispondente al grado d'invalidità.
- In caso d'invalidità pari ad almeno il 70% sussiste il diritto all'intero capitale d'invalidità.

7.3 Adeguamento al grado d'invalidità

Ogni modifica del grado d'invalidità è da comunicare imme-

diatamente all'assicuratore. L'assicuratore ha diritto di fare riesaminare il grado d'invalidità in ogni momento.

Eventuali prestazioni troppo elevate percepite in seguito al cambiamento del grado d'invalidità sono da rimborsare. Se i premi versati sono insufficienti, la differenza deve essere pagata ulteriormente.

7.4 Giustificazione del diritto alle prestazioni

7.4.1 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 (originale);
- la richiesta di prestazione compilata;
- il libretto di famiglia risp. l'atto di famiglia;
- il certificato ufficiale di morte;
- il certificato medico.

In caso d'invalidità:

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

7.4.2 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.

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

7.5 Versamento

Il versamento della prestazione assicurativa 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.

8 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 modifi-

care l'ordine dei beneficiari, escludere gli aventi diritto o includere altri beneficiari, purché non abbia optato per una clausola beneficiaria irrevocabile.

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 e 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, eccetto che non rifiutino espressamente un tal 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;
- 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.

9 Premi

9.1 Tariffa dei premi

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 auto-

rizzato 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 otto settimane prima della loro entrata in vigore.

Lo stipulante ha quindi il diritto di disdire l'assicurazione per iscritto. 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.

L'aumento del premio dovuto al raggiungimento da parte della persona assicurata della classe d'età successiva della tariffa dei premi non costituisce un motivo di disdetta ai sensi del presente articolo.

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 iscritto, 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.

10 Gestione dei dati

1. L'assicuratore tratta i dati necessari all'esecuzione del contratto d'assicurazione, ovvero informazioni relative allo stipulante, alla persona assicurata, al pagatore dei premi e ai beneficiari.
2. I dati vengono salvati elettronicamente e conservati in forma cartacea.
3. La consulenza alla clientela è garantita dalla Kolping. Quest'ultima trasmette all'assicuratore i dati personali necessari alla conclusione del contratto. Dopo la stipulazione del contratto, l'assicuratore comunica alla Kolping i dati necessari per l'allestimento della polizza, l'incasso dei premi, la procedura di diffida e la consulenza alla clientela.
4. L'assicuratore può trasmettere una parte dei rischi al riassicuratore. In tal caso gli trasmette i dati necessari alla riassicurazione.
5. L'assicuratore, per l'esecuzione dell'assicurazione, può ricorrere ai servizi di specialisti esterni (ad esempio medici, consulenti giuridici), ch'egli si premura a sua volta di vinco-

lare all'osservanza della protezione dei dati e della segretezza. Durante la verifica della proposta o delle prestazioni possono essere richiesti o trasmessi dati personali ad altre società assicurative. I dati personali non sono trasmessi a ulteriori terzi che con il consenso dello stipulante risp. della persona assicurata.

11 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.

12 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 rischio sulla vita life 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.

13 Servizio militare, guerra e disordini

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

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.