

# Assicurazione di capitale di rischio DIMI

Previdenza libera (pilastro 3b)

Informazioni per la clientela sulle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) dell'assicurazione di capitale di rischio DIMI

---

**Le seguenti informazioni vi offrono in forma succinta un quadro generale sull'identità dell'assicuratore e sugli elementi essenziali del contratto d'assicurazione conformemente all'art. 3 della legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA). La documentazione comprende pure l'edizione integrale delle CGA.**

## Assicurazione di capitale di rischio senza quota di risparmio

Con DIMI sono assicurati il decesso e/o l'invalidità in seguito a malattia o infortunio.

- In caso di decesso è versato il capitale di decesso assicurato.
- In caso d'invalidità permanente è versato il capitale d'invalidità assicurato. A partire da un tasso d'invalidità del 25 %, il capitale d'invalidità è versato in misura proporzionale. In caso d'invalidità pari ad almeno il 70 %, la persona assicurata riceve l'intero capitale d'invalidità.
- La copertura degli infortuni può essere esclusa se la persona assicurata ha più di venti anni.
- L'assicurazione è senza quota di risparmio e non ha alcun valore di riscatto.

Le assicurazioni capitale di decesso e capitale d'invalidità sono assicurazioni di somme.

## Somma assicurativa a scelta

La somma assicurativa per decesso e per invalidità può essere stabilita liberamente in scaglioni da CHF 10'000. La somma minima in caso d'invalidità ammonta a CHF 50'000, in caso di decesso a CHF 10'000.

## DIMI per minori di 12 anni

Per le e i minori di 12 anni la somma assicurativa massima in caso di decesso ammonta a CHF 20'000. Se il decesso avviene prima del compimento di due anni e mezzo, sono erogati al massimo CHF 2'500. A partire da 12 anni vigono le somme assicurative applicabili alle persone adulte.

## Premio e pagamento del premio

Il premio totale è calcolato in base al premio per decesso e per invalidità. L'importo del premio dipende dal capitale assicurato, nonché dal sesso e dall'età della persona assicurata. Il rischio aumenta con l'avanzare dell'età e i premi sono perciò adeguati di conseguenza. A partire dall'anno in cui si compiono 56 anni (età assicurativa di riferimento), anziché adeguare il premio al rischio crescente, si riduce la prestazione annualmente del 20 %.

L'assicuratore è autorizzato ad adeguare le tariffe dei premi nel corso della durata contrattuale.

Nel primo anno civile il premio calcolato proporzionalmente

è dovuto alla conclusione del contratto. In seguito il premio deve essere pagato annualmente sempre in anticipo all'inizio di ogni anno civile. Tuttavia, dietro versamento di un modico supplemento, sono possibili anche dei periodi di pagamento più brevi.

## Inizio e fine dell'assicurazione

La proposta d'assicurazione deve essere compilata in modo completo e veritiero. La CONCORDIA è autorizzata a disdire l'assicurazione e a rifiutare la prestazione se è stato risposto in modo inesatto a una domanda oppure se è stato taciuto un fatto rilevante. Le modifiche successive dei fatti menzionati nella proposta devono essere annunciate fino all'inizio dell'assicurazione. Ciò vale segnatamente per malattie e/o infortuni insorti dopo la presentazione della proposta.

L'assicurazione inizia alla data indicata nella polizza e termina di norma il 31 dicembre dell'anno in cui la persona assicurata compie 59 anni oppure con il suo decesso. Al termine di una durata contrattuale minima di un anno, l'assicurazione DIMI può essere disdetta anticipatamente per la fine dell'anno civile in corso.

Potete revocare per iscritto la vostra proposta di conclusione del contratto o la dichiarazione di accettazione. Il termine di revoca è di 14 giorni e decorre dalla data in cui avete proposto o accettato il contratto.

Se siete in ritardo con il pagamento del premio e non date seguito al sollecito inviatovi, la CONCORDIA è autorizzata a sciogliere l'assicurazione.

L'assicurazione termina inoltre se la persona assicurata trasferisce il proprio domicilio all'estero o se vi soggiorna per più di 12 mesi e la CONCORDIA non conferma per iscritto la continuazione dell'assicurazione.

Le ulteriori possibilità di terminare il contratto e la validità temporale della copertura assicurativa risultano dalle CGA nonché dalla LCA.

## Restrizioni di prestazioni

Se il decesso o l'invalidità sono stati causati intenzionalmente o per negligenza grave oppure se sono la conseguenza di un atto temerario, la CONCORDIA può ridurre o rifiutare le prestazioni assicurative. Le CGA, le eventuali vigenti condizioni particolari e la LCA disciplinano altri casi di esclusione e di restrizione della copertura assicurativa.

## **A quale scopo vengono trattati i dati presso la CONCORDIA?**

### **– Conclusione ed esecuzione del contratto d'assicurazione (compreso l'allestimento dell'offerta)**

I dati sono trattati ai fini dell'allestimento dell'offerta, della conclusione e dell'esecuzione del contratto d'assicurazione, segnatamente nell'ambito delle seguenti attività: trattamento delle richieste, disbrigo delle prestazioni, osservanza di disposizioni legali e normative e di direttive interne, versamento delle provvigioni, gestione dei dati, analisi statistica, verifica delle proposte e underwriting nonché accertamento di un'eventuale violazione dell'obbligo di dichiarazione (LCA), informazioni alla clientela, corrispondenza con la clientela, incassi ed esborsi, consulenza alla clientela, tessera d'assicurazione, verifica dell'obbligo assicurativo, controllo degli sconti, lotta alla frode assicurativa. I dati sono salvati elettronicamente o conservati in forma cartacea.

### **– Sicurezza**

I dati sono trattati ai fini della garanzia della sicurezza delle informazioni, segnatamente nell'ambito delle seguenti attività: sorveglianza e registrazione dei sistemi e delle reti della CONCORDIA, garanzia dell'operatività, gestione dei malfunzionamenti, testing e gestione dei backup.

### **– Marketing**

La CONCORDIA utilizza i dati raccolti per finalità di marketing. In particolare, le persone interessate accettano di ricevere una lettera e di essere contattate telefonicamente da una o un dipendente della CONCORDIA Assicurazioni SA o di una società partner una volta all'anno. Possono essere svolte altre attività di marketing, quali sondaggi sulla soddisfazione e le esigenze della clientela, studi di mercato, offerte di servizi su misura. Le persone interessate possono revocare in qualsiasi momento il consenso accordato. La legittimità del trattamento dei dati effettuato fino alla revoca rimane impregiudicata.

## **I dati vengono scambiati con terzi?**

In circostanze specifiche, la CONCORDIA può raccogliere dati presso terzi (ad esempio ospedali, medici, altri assicuratori, autorità). Si tratta di dati assicurativi (ad esempio cognome, indirizzo, dati di contatto, prodotti assicurativi stipulati) o di dati sulla salute (ad esempio fatture, rapporti medici, conteggi di prestazioni).

La CONCORDIA inoltre, per ottemperare ai propri obblighi legali e contrattuali, può comunicare a terzi i dati in suo possesso. A seconda del caso, le destinatarie e i destinatari dei dati possono essere in particolare le seguenti categorie di terzi: fornitori di servizi che affiancano la CONCORDIA nel quadro degli scopi del trattamento dei dati (ad esempio fornitori di servizi IT, tipografie, centri partner), autorità, altri assicuratori, riassicuratori, periti e

periti esterni, entità o persone terze coinvolte in controversie giuridiche o altre società del Gruppo CONCORDIA.

I dati possono essere trasmessi ai centri clientela della CONCORDIA nel Principato del Liechtenstein. Il Consiglio federale ha stabilito che la legislazione del Liechtenstein garantisce un livello di protezione dei dati appropriato ai sensi dell'art. 16 cpv. 2 della legge federale sulla protezione dei dati (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 diritto di chiedere alla CONCORDIA le informazioni in merito al trattamento dei propri dati previste dalla legge. La o il responsabile della protezione dei dati in seno alla CONCORDIA è contattabile per posta, per email o telefonicamente: CONCORDIA, Protezione dei dati, Bundesplatz 15, 6002 Lucerna, [info@concordia.ch](mailto:info@concordia.ch), +41 41 228 01 11.

Informazioni complete sono contenute nell'informativa riguardante la protezione dei dati, consultabile sul sito [www.concordia.ch/protezionedati](http://www.concordia.ch/protezionedati).

## **Osservanza della forma scritta**

In linea di principio, altre forme che consentono una prova per testo sono equiparate alla forma scritta. Le eccezioni a questa regola di fondo sono specificate nelle CGA.

Di principio sono equiparati alla forma scritta i seguenti testi:

- le comunicazioni che pervengono alla CONCORDIA attraverso il portale clienti;
- i testi che, previa verifica dell'identità delle persone interessate, pervengono alla CONCORDIA per mezzo del formulario elettronico di contatto previsto a tal fine su [www.concordia.ch](http://www.concordia.ch). La CONCORDIA non è tenuta a mettere a disposizione tale formulario di contatto;
- i documenti scansionati in formato PDF e muniti di firma, che pervengono alla CONCORDIA per email all'indirizzo di posta elettronica [info@concordia.ch](mailto:info@concordia.ch) o all'indirizzo di posta elettronica indicato sulla polizza;
- le email munite di firma elettronica qualificata che pervengono alla CONCORDIA all'indirizzo di posta elettronica [info@concordia.ch](mailto:info@concordia.ch) o all'indirizzo di posta elettronica indicato sulla polizza.

## **Assicuratore**

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

**La proposta d'assicurazione, la polizza, le CGA, le eventuali vigenti condizioni particolari e la LCA vi forniscono più ampie informazioni sui diritti e i doveri delle parti contraenti, in particolare su temi quali la copertura assicurativa, l'esclusione della copertura, la somma assicurativa, i premi e la protezione dei dati.**

# Assicurazione di capitale di rischio DIMI

Previdenza libera (pilastro 3b)

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

	Art.		
<b>1. Oggetto dell'assicurazione</b>		<b>8. Clausola beneficiaria</b>	
Rischi assicurati	1.1	Persone beneficiarie	8.1
Capitale assicurato	1.2	Beneficio in caso di fallimento e pignoramento	8.2
Malattia	1.3	Cessione e costituzione in pegno	8.3
Infortunio	1.4		
Incapacità al guadagno	1.5	<b>9. Premi</b>	
Invalità	1.6	Tariffe dei premi	9.1
Accertamento da parte dell'assicuratore	1.7	Adeguamento delle tariffe dei premi	9.2
		Obbligo di pagamento	9.3
<b>2. Persone interessate dal contratto</b>		Conseguenze della mora	9.4
Persone interessate	2.1	Rimborso dei premi	9.5
Comunicazioni	2.2		
Forma scritta, forme di testo equiparate	2.3	<b>10. Gestione dei dati</b>	
<b>3. Basi contrattuali</b>		<b>11. Foro competente</b>	
<b>4. Conclusione del contratto</b>		<b>12. Adeguamento delle condizioni d'assicurazione</b>	
Domicilio e limiti d'età	4.1		
Proposta d'assicurazione	4.2		
Revoca	4.3	<b>13. Servizio militare, guerra e disordini</b>	
Obbligo di comunicazione e conseguenze della reticenza	4.4		
Obbligo di notifica successiva fino all'inizio dell'assicurazione	4.5	<b>1. Oggetto dell'assicurazione</b>	
<b>5. Inizio, durata e fine dell'assicurazione</b>		<b>1.1 Rischi assicurati</b>	
Copertura assicurativa provvisoria	5.1	L'assicurazione di capitale di rischio DIMI offre, nel quadro della previdenza libera (pilastro 3b), protezione contro le conseguenze economiche di decesso o invalidità in seguito a malattia o infortunio.	
Copertura assicurativa definitiva	5.2	DIMI 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.	
Durata contrattuale	5.3	Le assicurazioni capitale di decesso e capitale d'invalidità sono assicurazioni di somme.	
Disdetta	5.4	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.	
Fine dell'assicurazione	5.5		
		<b>1.2 Capitale assicurato</b>	
<b>6. Limitazioni della copertura assicurativa</b>		<b>1.2.1</b>	
In generale	6.1	Per ogni persona assicurata può essere assicurato un capitale di decesso o un capitale d'invalidità, oppure entrambi.	
In caso di sinistro provocato intenzionalmente	6.2		
In caso di negligenza grave e atti temerari	6.3		
In caso di decesso infantile	6.4		
<b>7. Erogazione di prestazioni</b>			
In caso di decesso	7.1		
In caso d'invalidità	7.2		
Adeguamento al grado d'invalidità	7.3		
Giustificazione del diritto alle prestazioni	7.4		
Modalità di erogazione	7.5		

- 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. Per le persone assicurate minori di 12 anni 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 compie venti anni (età assicurativa determinante), l'importo del capitale assicurato in caso di malattia e d'infortunio è sempre identico. A partire dall'età assicurativa 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 compie 55 anni. A partire dall'età assicurativa determinante di 56 anni, si detrae annualmente dal capitale assicurato un importo corrispondente al 20% del capitale totale assicurato all'età di 55 anni.
- 1.2.5 In caso di versamento parziale del capitale d'invalidità, la parte residua rimane assicurata. Non è consentito reintegrare o aumentare il capitale inizialmente assicurato.

### 1.3 Malattia

È considerata malattia un danno, accertato tramite una valutazione oggettiva medica, alla 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;
- gli stiramenti e le lacerazioni di muscoli e tendini, nonché le lussature 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 rischio di 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 svolgere totalmente o in parte la propria professione o un'altra attività lucrativa ragionevolmente esigibile. Un'altra attività lucrativa è considerata ragionevolmente esigibile se è conforme alle capacità e alla posizione sociale della persona assicurata, anche se le conoscenze necessarie devono essere acquisite con una riqualificazione;
- la persona assicurata senza attività lucrativa o in formazione è limitata totalmente o in parte nell'esercizio delle mansioni a lei incombenti fino a quel momento.

### 1.6 Invalidità

È considerata invalidità un'incapacità al guadagno che durerà presumibilmente tutta la vita. È riconosciuta dall'assicuratore:

- se dalla continuazione delle cure mediche non sia da attendersi alcun miglioramento sensibile della capacità al guadagno e l'incapacità al guadagno resterà nonostante i provvedimenti di integrazione, e
- l'incapacità al guadagno si è protratta almeno 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 o l'invalidità, nonché la data d'inizio, il grado e la durata relativi, basandosi sulla valutazione eseguita da una perita o un perito da lui riconosciuta/o o designata/o in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein.

Per le persone che svolgono un'attività lucrativa, il grado dell'incapacità al guadagno o 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 raffrontato 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 le lavoratrici e i lavoratori indipendenti, quale reddito determinante prima dell'incapacità al guadagno è preso in considerazione il reddito medio associato ai contributi 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 o dell'invalidità è determinato sulla base di un raffronto tra le mansioni consuete svolte dalla persona assicurata prima dell'insorgenza dell'incapacità al guadagno con le mansioni ragionevolmente esigibili che è in grado di svolgere dopo.

## 2. Persone interessate dal contratto

### 2.1 Persone interessate

Le persone interessate dal contratto d'assicurazione sono:

- la/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 coincidere con la/lo stipulante oppure trattarsi di una terza persona;
- le **persone beneficiarie** sono le persone o le istituzioni che, conformemente alla volontà della/dello stipulante, ricevono interamente o in parte le prestazioni assicurate;
- la **persona debitrice dei premi** è la/lo stipulante, nella misura in cui un'altra persona non si è impegnata a pagare i premi;
- l'**assicuratore** e partner contrattuale della/dello stipulante è la CONCORDIA Assicurazioni SA.

### 2.2 Comunicazioni

Le comunicazioni all'assicuratore sono giuridicamente valide solo se ricevute in forma scritta.

L'assicuratore inoltra le sue comunicazioni alla/allo stipulante, alla persona assicurata, alla persona debitrice dei premi, alle/agli aventi diritto e alle persone beneficiarie in forma scritta all'ultimo indirizzo che gli è stato reso noto.

Le comunicazioni possono essere inviate anche per via elettronica. L'assicuratore può stabilire le condizioni da osservare affinché il recapito sia legalmente valido.

Se la/lo stipulante non è domiciliata/o in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein, deve designare una/un rappresentante in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein a cui l'assicuratore può validamente notificare tutte le comunicazioni.

### 2.3 Forma scritta, forme di testo equiparate

In linea di principio, altre forme che consentono una prova per testo sono equiparate alla forma scritta. L'assicuratore può dettare delle condizioni per rendere le altre forme equiparabili alla forma scritta, pubblicandole sul sito [www.concordia.ch](http://www.concordia.ch) e nelle informative alla clientela secondo l'art. 3 LCA. Sono fatte salve le prescrizioni legali imperative e la giurisprudenza.

Il ricorso alle altre forme può comportare maggiori rischi in relazione alla protezione dei dati. L'assicuratore non risponde per un comportamento di cui la/lo stipulante è responsabile in prima persona.

## 3. Basi contrattuali

### 3.1 Costituiscono le basi giuridiche del contratto d'assicurazione, secondo il seguente ordine gerarchico:

- la proposta d'assicurazione, i formulari debitamente compilati 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 sul contratto d'assicurazione (LCA) del 2 aprile 1908, 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 assicurativo 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 e limiti d'età

Una persona può essere assicurata se è domiciliata in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein. L'assicurazione può decorrere al più presto dal primo giorno del mese successivo alla nascita. A partire dall'inizio dell'anno civile in cui la persona assicurata compie 56 anni, non è più possibile concludere una nuova assicurazione o aumentare il capitale assicurato.

### 4.2 Proposta d'assicurazione

La/Lo stipulante è tenuta/o a inoltrare all'assicuratore la proposta d'assicurazione debitamente compilata in modo completo e veritiero. La persona assicurata oppure la sua/il suo rappresentante legale deve rispondere in modo veritiero e completo alle domande riguardanti la salute e altri fattori di rischio. La/Lo stipulante è vincolata/o alla sua proposta per 14 giorni o, qualora sia necessaria una visita medica, per quattro settimane, purché non abbia fissato un termine più breve o revocato la proposta.

### 4.3 Revoca

La/Lo stipulante può revocare per iscritto la proposta di conclusione del contratto o la dichiarazione di accettazione dello stesso. Il termine di revoca è di 14 giorni e decorre dalla data in cui la/lo stipulante ha proposto o accettato il contratto.

#### **4.4 Obbligo di comunicazione e conseguenze della reticenza**

Durante l'intera procedura d'ammissione, la/lo stipulante, la persona assicurata o la/il rappresentante legale hanno l'obbligo di comunicare all'assicuratore tutti i fatti rilevanti per la valutazione del rischio di cui sono a conoscenza o di cui dovrebbero essere a conoscenza.

Una violazione dell'obbligo di comunicazione (reticenza) sussiste se al momento di rispondere alle domande la/lo stipulante, la persona assicurata o la/il rappresentante legale hanno fornito indicazioni scritte inesatte riguardanti fatti rilevanti o hanno taciuto dei fatti rilevanti che conoscevano o avrebbero dovuto conoscere. Sono in particolare considerati fatti rilevanti malattie o postumi d'infortunio esistenti o esistiti in passato.

L'assicuratore ha diritto di recedere dal contratto per iscritto entro le quattro settimane successive alla data in cui è venuto a conoscenza della reticenza. Di conseguenza l'obbligo dell'assicuratore di fornire le prestazioni si estingue anche per i sinistri già intervenuti se il fatto che è stato oggetto della reticenza ha influito sull'insorgere o la portata del danno. Per le assicurazioni iniziate prima dal 1° gennaio 2006, l'obbligo alle prestazioni cessa per ogni danno già avvenuto. Se ha già fornito prestazioni per un siffatto sinistro, l'assicuratore ha diritto alla loro restituzione. Non sussiste invece alcun diritto al rimborso dei premi assicurativi.

#### **4.5 Obbligo di notifica successiva fino all'inizio dell'assicurazione**

Se tra il momento in cui sono state rilasciate le dichiarazioni e la data di inizio dell'assicurazione si verificano degli avvenimenti che incrementano in modo significativo il rischio, la/lo stipulante, la persona assicurata o la/il rappresentante legale ha l'obbligo di darne comunicazione scritta immediata all'assicuratore e di integrare o rettificare le proprie dichiarazioni. A fronte di un incremento del rischio o di una reticenza, l'assicuratore ha il diritto di recedere dal contratto.

### **5. Inizio, durata e fine dell'assicurazione**

#### **5.1 Copertura assicurativa provvisoria**

5.1.1 La copertura assicurativa provvisoria ha inizio all'arrivo della proposta d'assicurazione debitamente compilata 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 da assicurare, la copertura assicurativa provvisoria ha inizio quando l'assicuratore riceve la conferma dell'avvenuta nascita e che la bambina o il bambino è in piena salute, al più presto tuttavia a partire dal primo giorno del mese successivo alla nascita.

5.1.3 La copertura 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 abile al lavoro, nella misura in cui esercita un'attività lucrativa, oppure
- è in grado di svolgere l'insieme delle mansioni 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 copertura assicurativa provvisoria non si applica ai danni alla salute già esistenti e alle loro conseguenze.

5.1.5 Qualora si verifichi un caso assicurativo durante il periodo di copertura 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 in totale a un massimo di CHF 100'000 per prestazioni in caso di decesso e di 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 copertura assicurativa definitiva;
- se la/lo stipulante revoca la proposta d'assicurazione o rifiuta una modifica proposta dall'assicuratore;
- se l'assicuratore pospone la valutazione della proposta o rifiuta la proposta.

#### **5.2 Copertura assicurativa definitiva**

L'assicuratore decide se accettare la proposta d'assicurazione. Può accettarla senza modifiche, applicare delle riserve, aumentare i premi per rischi particolari oppure accantonarla o rifiutarla in toto.

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

#### **5.3 Durata contrattuale**

L'assicurazione dura al massimo fino alla fine dell'anno civile in cui la persona assicurata compie 59 anni (età assicurativa determinante finale).

#### 5.4 Disdetta

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

#### 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 assicurativa finale.

L'assicurazione termina anticipatamente:

- in caso di revoca della proposta d'assicurazione da parte della/dello stipulante;
- in caso di disdetta da parte della/dello stipulante;
- in caso di recesso da parte dell'assicuratore in seguito a violazione dell'obbligo di comunicazione (reticenza) o per causa d'aggravamento essenziale del rischio prima dell'inizio dell'assicurazione;
- se la persona assicurata trasferisce il proprio domicilio al di fuori della Svizzera o del Principato del Liechtenstein, oppure se soggiorna al di fuori della Svizzera o del Principato del Liechtenstein per più di 12 mesi senza aver ottenuto prima dall'assicuratore l'assenso scritto al proseguimento dell'assicurazione;
- in caso di mancato pagamento dei premi entro la scadenza del termine di diffida.

### 6. Limitazioni della copertura assicurativa

#### 6.1 In generale

Non sussiste alcun diritto alle prestazioni assicurative nei seguenti casi:

- tutti i danni alla salute presenti alla nascita (ad esempio infermità congenite, anomalie genetiche e malattie ereditarie, malformazioni, conseguenze di infortuni o interventi durante la gravidanza o lesioni da parto) nonché i relativi postumi. La data della diagnosi è irrilevante;
- 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 delle presenti CGA inerenti a servizio militare, guerra e disordini sono applicabili;

- conseguenze di un crimine o un delitto tentato o commesso intenzionalmente dalla persona assicurata. Agisce intenzionalmente chi commette un atto consapevolmente e volontariamente oppure se ritiene possibile il realizzarsi dell'atto e se ne assume il rischio.

#### 6.2 In caso di sinistro provocato intenzionalmente

Non sussiste alcun diritto alle prestazioni se la persona assicurata:

- decede in seguito a suicidio oppure se diventa invalida in seguito a tentato suicidio nei tre anni successivi all'inizio dell'assicurazione, all'aumento della copertura assicurativa o alla 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

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 sono ridotte e, in casi particolarmente gravi, rifiutate. Per atti temerari si intendono azioni con le quali la persona assicurata si espone a un pericolo particolarmente grave senza adottare o poter adottare le misure necessarie per contenere il rischio entro limiti ragionevoli. Le azioni di salvataggio a favore di terzi sono invece assicurate anche se di per sé qualificabili come atti temerari.

#### 6.4 In caso di decesso infantile

L'assicuratore è autorizzato a versare quale capitale di decesso infantile gli importi massimi seguenti:

- CHF 2'500, se il decesso avviene prima del compimento dei due anni e mezzo;
- CHF 20'000 quale tetto massimo per tutte le assicurazioni esistenti, se il decesso avviene tra i due anni e mezzo e i 12 anni di età.

### 7. Erogazione di 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 coperto dall'assicurazione.

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, il capitale di decesso è erogato 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, si ha diritto alla differenza. Se non esiste alcun nesso tra la causa del decesso e la causa dell'invalidità, è versato l'intero capitale di decesso.

## 7.2 In caso d'invalidità

Se l'invalidità insorge durante il periodo coperto dall'assicurazione, il diritto al capitale d'invalidità varia in funzione del grado d'invalidità della persona assicurata:

- 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 immediatamente all'assicuratore. L'assicuratore ha diritto di fare riesaminare il grado d'invalidità in ogni momento. Eventuali prestazioni già percepite che in seguito a un cambiamento del grado di invalidità risultassero troppo elevate devono essere restituite. Parimenti, se i premi versati risultassero troppo esigui, occorre pagare la differenza.

## 7.4 Giustificazione del diritto alle prestazioni

7.4.1 L'assicuratore verifica il diritto alle prestazioni assicurative non appena sono stati presentati tutti i documenti necessari. Per la valutazione del diritto alle prestazioni sono da esibire i seguenti documenti:

- in caso di decesso:
  - l'originale della polizza assicurativa,
  - la richiesta di prestazione compilata,
  - il libretto di famiglia o l'atto di famiglia,
  - il certificato ufficiale di morte,
  - il certificato medico.
- in caso d'invalidità:
  - l'originale della 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 informazioni e documenti supplementari, 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 documenti e le prove devono essere inoltrati in lingua italiana, tedesca, francese o inglese. Se sono inoltrati in un'altra lingua, l'assicuratore può esigere che la/il richiedente ne fornisca una traduzione autenticata effettuata in Svizzera.

7.4.4 I crediti derivanti dal contratto d'assicurazione si prescrivono in cinque anni dal fatto su cui è fondato l'obbligo alle prestazioni.

## 7.5 Modalità di erogazione

Le prestazioni assicurative sono erogate in franchi svizzeri (CHF) sul conto indicato dalle persone beneficiarie 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 della creditrice o del creditore pignoratizia/o.

# 8. Clausola beneficiaria

## 8.1 Persone beneficiarie

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

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

8.1.2 In mancanza di persone beneficiarie sono assunti i costi delle spese funerarie fino al 10% del capitale di decesso assicurato e per un minimo di CHF 2'500.

8.1.3 In ogni momento, al più tardi prima del versamento della prestazione assicurativa, la/lo stipulante è autorizzata/o a modificare l'ordine delle persone beneficiarie, escludere aventi diritto o includere altre persone beneficiarie, purché non abbia optato per una clausola beneficiaria irrevocabile. La/Lo stipulante non può farsi rappresentare a tal fine.

8.1.4 La/Lo stipulante deve notificare all'assicuratore la corrispondente comunicazione scritta e designare chiaramente la persona beneficiaria per nome (ogni altra forma di testo di principio equiparata alla forma scritta non è valida). Nella cerchia delle persone beneficiarie possono rientrare anche persone giuridiche.

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



## **8.2 Beneficio in caso di fallimento e pignoramento**

8.2.1 Se la/lo stipulante ha dichiarato irrevocabile la clausola beneficiaria, il diritto creato dall'assicurazione a favore della persona beneficiaria non soggiace all'esecuzione a vantaggio delle creditrici o dei creditori della/dello stipulante.

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

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

- se queste persone sono designate quali persone beneficiarie, il loro diritto d'assicurazione e quello della/dello stipulante non soggiacciono all'esecuzione. Essi subentrano alla/allo stipulante nei diritti e negli obblighi derivanti dal contratto d'assicurazione, a meno che non rifiutino espressamente un tale subingresso;
- se sono state designate altre persone beneficiarie, coniuge, partner registrata/o o discendenti della/dello stipulante possono chiedere con il consenso di quest'ultima/o che il diritto derivante dal contratto d'assicurazione venga loro ceduto.

## **8.3 Cessione e costituzione in pegno**

La/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 la/lo stipulante e la creditrice/il creditore pignoratizia/o o la cessionaria/il cessionario del diritto (ogni altra forma di testo di principio equiparata alla forma scritta non è valida),
- la consegna della polizza assicurativa alla creditrice/al creditore pignoratizia/o o alla cessionaria/al cessionario del diritto, e
- una comunicazione scritta all'assicuratore (ogni altra forma di testo di principio equiparata 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, la cessionaria/il cessionario del credito derivante dall'assicurazione subentra personalmente in qualità di avente diritto.

# **9. Premi**

## **9.1 Tariffe 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 delle tariffe 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 alla/allo stipulante tali adeguamenti per iscritto al più tardi otto settimane prima della loro entrata in vigore. La/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 civile in corso. In mancanza di disdetta da parte della/dello stipulante, l'adeguamento dell'assicurazione si ritiene accettato.

L'aumento del premio dovuto al passaggio da parte della persona assicurata nella 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 periodo dei premi corrisponde all'anno civile. Il premio deve essere pagato in anticipo ogni anno. Nel primo anno civile il premio calcolato proporzionalmente è esigibile con la conclusione del contratto. Negli anni successivi il premio deve essere pagato all'inizio di ogni anno civile.

Il premio annuo può essere pagato anche ratealmente dietro versamento di un supplemento. Le rate sono anch'esse da pagare anticipatamente. L'assicuratore può, a seconda della modalità di pagamento, riscuotere una maggiorazione supplementare sul premio o accordare degli sconti.

## **9.4 Conseguenze della mora**

Se il premio non è pagato entro la data di scadenza, la/lo stipulante è diffidata/o per iscritto, con riferimento alle conseguenze di mora, a effettuare il pagamento dei premi arretrati entro 14 giorni dall'inizio della diffida. Se la diffida rimane senza effetto, la copertura 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 copertura assicurativa non entra automaticamente di nuovo in vigore. L'assicuratore può rimborsare i premi versati in ritardo e rifiutare la continuazione dell'assicurazione, richiedere alla persona assicurata un nuovo esame dello stato di salute oppure accordare la copertura assicurativa a nuove condizioni. Non sussiste alcuna copertura assicurativa per le conseguenze di tutti gli eventi verificatisi tra la scadenza del termine di diffida e l'accettazione dei premi versati in ritardo con interessi e spese.

## 9.5 Rimborso dei premi

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

## 10. Gestione dei dati

**10.1** L'assicuratore tratta i dati necessari all'esecuzione del contratto d'assicurazione, ovvero informazioni relative alla/allo stipulante, alla persona assicurata, alla persona debitrice dei premi e alle persone beneficiarie.

**10.2** I dati sono salvati elettronicamente oppure conservati in forma cartacea.

**10.3** L'assicuratore può trasferire una parte dei rischi a un riassicuratore. In tal caso gli trasmette i dati necessari alla riassicurazione.

**10.4** L'assicuratore, per l'esecuzione dell'assicurazione, può ricorrere ai servizi di specialiste e specialisti esterni (ad esempio medici, consulenti giuridiche e giuridici), ch'egli si premura di vincolare 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 sono trasmessi a ulteriori terzi esclusivamente con il consenso della/dello stipulante o 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 o nel Principato del Liechtenstein della/dello stipulante o 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 CGA dell'assicurazione di capitale di rischio DIMI nel corso della durata del contratto, è tenuto a verificare su richiesta della/dello stipulante se e in quale misura le nuove condizioni d'assicurazione possono essere applicate.

## 13. 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 delle prestazioni dovute fino a un anno dalla fine del conflitto bellico. L'ammontare della prestazione da posticipare e il tasso di interesse a essa applicabile verranno stabiliti dall'assicuratore di comune accordo con l'autorità di sorveglianza svizzera.

**13.5** La data di 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 nei sei mesi successivi alla ratifica dell'accordo di pace o alla 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, esse sono calcolate in base al capitale di copertura al giorno del decesso ed erogate in sua sostituzione. Non possono mai 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.



Bundesplatz 15  
6002 Lucerna  
Telefono +41 41 228 01 11  
[www.concordia.ch](http://www.concordia.ch)  
[info@concordia.ch](mailto:info@concordia.ch)