

Edizione 2024

Assicurazione rischio e risparmio legata a fondi d'investimento INVIVA

Previdenza libera (pilastro 3b)

Informazioni per la clientela sulle Condizioni generali d'assicurazione (CGA) dell'assicurazione rischio e risparmio legata a fondi d'investimento INVIVA

Le seguenti informazioni vi offrono in forma succinta un quadro generale sull'identità dell'impresa di assicurazione 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 rischio e risparmio legata a fondi d'investimento

INVIVA è un'assicurazione sulla vita qualificata ai sensi dell'art. 39a della legge sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA). In base alla definizione legale, sono considerate assicurazioni sulla vita qualificate le assicurazioni sulla vita nelle quali la o lo stipulante sopporta un rischio di perdita nel processo di risparmio.

INVIVA offre protezione contro le conseguenze economiche di un caso di decesso e, al tempo stesso, funge da assicurazione di previdenza libera (pilastro 3b).

- La quota di risparmio dei vostri premi è investita in fondi come pure i rendimenti maturati. Ciò vi consente di partecipare alle evoluzioni dei mercati finanziari.
- La CONCORDIA propone una scelta di diversi fondi, ognuno caratterizzato da una specifica strategia d'investimento. Voi decidete in quale fondo, tra quelli disponibili, dovrà essere investita la vostra quota di risparmio. Potete senz'altro cambiare in seguito fondo: il capitale risparmiato e le vostre quote di risparmio future saranno così investite nel nuovo fondo di vostra scelta.
- In caso di decesso della persona assicurata è erogato il capitale garantito conformemente alla polizza oppure, se superiore, il valore delle quote di fondo.
- In caso di vita è erogato il valore delle quote di fondo alla scadenza della polizza. Questo valore non è garantito.
- La CONCORDIA vi informa mediante un estratto conto annuo su cui sono indicati i movimenti del conto, l'evoluzione e il valore delle quote di fondo.

L'assicurazione capitale di decesso è un'assicurazione di somme.

Premio e pagamento del premio

Il finanziamento dell'assicurazione è garantito da premi annui che restano invariati per l'intero periodo d'assicurazione. Siete voi a determinare l'importo del premio. Il primo premio è dovuto alla conclusione del contratto. In seguito il premio deve essere sempre pagato in anticipo all'inizio di ogni anno assicurativo. Dietro versamento di un modico supplemento, sono possibili anche dei periodi di pagamento più brevi. Su richiesta, è anche possibile versare un premio unico.

Base tariffale

Nell'offerta, nella proposta e nella polizza sono indicate le basi tariffali utilizzate. EKTC15 indica la tavola di mortalità di riferimento nel ramo dell'assicurazione individuale sulla vita per la determinazione delle tariffe delle assicurazioni di capitale in caso di decesso. «EKT» è l'acronimo di **E**inzel-**K**apital-**T**odesfall (capitale individuale di decesso). La lettera «C» indica una tavola di mortalità interna della CONCORDIA che è stata creata sulla base di statistiche pluriennali dell'Associazione Svizzera d'Assicurazioni (ASA). La cifra «15» indica l'anno dell'ultima statistica dell'ASA utilizzata.

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 infortuni insorti dopo la presentazione della proposta. L'assicurazione inizia alla data indicata nella polizza. Se il primo premio è accreditato dopo la data dell'inizio dell'assicurazione convenuta nella proposta firmata, l'inizio dell'assicurazione è rinviato al primo giorno del mese seguente.

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.

L'assicurazione termina di norma alla scadenza del contratto oppure con il decesso della persona assicurata.

- La durata contrattuale minima è di dieci anni. L'assicurazione termina tuttavia al più tardi il 31 dicembre dell'anno in cui la persona assicurata compie 75 anni.
- Potete disdire anticipatamente l'assicurazione INVIVA per la fine di ogni mese. Se l'assicurazione ha un valore di riscatto, l'impresa di assicurazione lo rimborsa. Il valore di riscatto corrisponde al valore del momento delle quote di fondo, dedotte le spese di conclusione non ammortizzate. In ogni caso, i costi di conclusione non ammortizzati deducibili non possono essere superiori a un terzo del capitale in fondi.

- Se siete in ritardo con il pagamento del premio e non date seguito al sollecito inviatovi, la CONCORDIA è autorizzata a trasformare 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.

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

Restrizioni di prestazioni

Se il decesso è stato causato intenzionalmente o se è la conseguenza di un atto temerario, la CONCORDIA può ridurre o rifiutare le prestazioni assicurative.

Le CGA, le eventuali condizioni particolari e la LCA disciplinano altri casi di esclusione e di restrizione della copertura assicurativa.

Trasformazione

Avete la possibilità di trasformare l'assicurazione INVIVA in un'assicurazione legata a fondi d'investimento esonerata dal pagamento dei premi con prestazioni adeguatamente ridotte. A tal fine, il valore del momento delle quote di fondo è utilizzato quale premio unico. Il riscatto dell'assicurazione trasformata è possibile. Se il valore delle quote di fondo diminuisce ed è eroso dai premi di rischio e dai costi, l'assicurazione trasformata si estingue.

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, altre imprese di assicurazione, 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, altre imprese di assicurazione, riassicuratori, perite 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, +41 41 228 01 11.

Informazioni complete sono contenute nell'informativa riguardante la protezione dei dati, consultabile sul sito 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. 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 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 o all'indirizzo di posta elettronica indicato sulla polizza.

Impresa di assicurazione

L'impresa di assicurazione 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, le esclusioni di copertura, la somma assicurativa, i premi e la protezione dei dati.

Assicurazione rischio e risparmio legata a fondi d'investimento INVIVA

Previdenza libera (pilastro 3b)

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

	Art.		
1. Oggetto dell'assicurazione		8. Clausola beneficiaria	
Rischio assicurato	1.1	Personе beneficiarie	8.1
Capitale di risparmio e capitale di decesso garantito	1.2	Beneficio in caso di fallimento e pignoramento	8.2
Risparmio legato a fondi d'investimento	1.3	Cessione e costituzione in pegno	8.3
Attestazione del valore imponibile ed estratto conto	1.4	9. Premi	
2. Persone interessate dal contratto		Tariffe dei premi	9.1
Persone interessate	2.1	Obbligo di pagamento	9.2
Comunicazioni	2.2	Conseguenze della mora	9.3
Forma scritta, forme di testo equiparate	2.3	Rimborso dei premi	9.4
3. Basi contrattuali		10. Gestione dei dati	
4. Conclusione del contratto		11. Foro competente	
Domicilio e limiti d'età	4.1	12. Adeguamento delle condizioni d'assicurazione	
Proposta d'assicurazione	4.2	13. Servizio militare, guerra e disordini	
Revoca	4.3	1. Oggetto dell'assicurazione	
Obbligo di comunicazione e conseguenze della reticenza	4.4	1.1 Rischio assicurato	
Obbligo di notifica successiva fino all'inizio dell'assicurazione	4.5	L'assicurazione rischio e risparmio legata a fondi d'investimento INVIVA offre, nel quadro della previdenza libera (pilastro 3b), protezione contro le conseguenze economiche di un caso di decesso.	
5. Inizio, durata, trasformazione e fine dell'assicurazione		L'assicurazione capitale di decesso è un'assicurazione di somme.	
Copertura assicurativa provvisoria	5.1	L'assicurazione è valida 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'impresa di assicurazione.	
Copertura assicurativa definitiva	5.2	1.2 Capitale di risparmio e capitale di decesso garantito	
Durata contrattuale	5.3	INVIVA fornisce le seguenti prestazioni conformemente alla polizza:	
Disdetta, riscatto	5.4	– alla scadenza del contratto in caso di vita: un capitale che ammonta al valore delle quote di fondo alla data del versamento (capitale di risparmio);	
Trasformazione	5.5	– in caso di decesso della persona assicurata: il capitale di decesso garantito conformemente alla polizza o, se superiore, il valore delle quote di fondo alla data del versamento.	
Fine dell'assicurazione	5.6		
6. Limitazioni della copertura assicurativa			
In generale	6.1		
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		
7. Prestazioni			
In caso di decesso	7.1		
In caso di vita	7.2		
Giustificazione del diritto alle prestazioni	7.3		
Modalità di erogazione	7.4		

Un aumento o una riduzione del capitale assicurato nel corso della durata contrattuale è escluso.

1.3 Risparmio legato a fondi d'investimento

1.3.1 L'impresa di assicurazione propone una scelta di diversi fondi d'investimento (fondi). La/Lo stipulante sceglie il fondo in cui deve essere investito il suo premio di risparmio. L'impresa di assicurazione è autorizzata in qualsiasi momento ad ampliare o a restringere la gamma di fondi disponibili. Nei seguenti casi l'impresa di assicurazione procede alla ricollocazione, comunicando per iscritto alla/allo stipulante quali fondi sono disponibili in alternativa al fondo scelto e in quale fondo il suo capitale sarà ricollocato:

- il fondo è liquidato,
 - il fondo non è più disponibile o è stato chiuso a nuovi investimenti;
 - il fondo non risponde più agli standard di qualità.
- La ricollocazione non ha costi aggiuntivi. La/Lo stipulante ha trenta giorni di tempo dal ricevimento di questa informazione per comunicare per iscritto all'impresa di assicurazione se desidera investire il suo premio di risparmio in un altro fondo tra quelli disponibili, specificando quale. In assenza di questo riscontro, il passaggio al fondo come comunicato dall'impresa di assicurazione si considera accettato da parte della/dello stipulante.

1.3.2 La/Lo stipulante partecipa all'evoluzione dei corsi delle quote di fondo. Si fa carico del rischio di una flessione della performance e beneficia di un eventuale accrescimento di valore.

1.3.3 L'impresa di assicurazione conferisce l'ordine di acquisto delle quote di fondo entro i cinque giorni lavorativi successivi alla data di scadenza del pagamento dei premi oppure, se il pagamento è effettuato dopo, nei cinque giorni lavorativi successivi alla data di ricezione del pagamento.

L'impresa di assicurazione conferisce l'ordine di vendita delle quote di fondo entro i cinque giorni lavorativi successivi:

- alla data di ricezione della comunicazione scritta del decesso;
- alla data di scioglimento del contratto in caso di riscatto;
- alla data di scadenza della polizza in caso di sopravvivenza.

Si applicano i prezzi di emissione e di riscatto validi rispettivamente alla data di acquisto e di vendita delle quote.

1.3.4 Durante la durata contrattuale, i proventi del fondo e i rimborsi dei costi di gestione (retrocessioni) sono investiti in ulteriori quote del medesimo fondo a vantaggio della/dello stipulante.

1.3.5 Se la/lo stipulante desidera collocare il capitale di risparmio in un altro fondo tra quelli disponibili (switch), deve informare per iscritto l'impresa di

assicurazione entro il 20 del mese precedente. L'impresa di assicurazione conferisce l'ordine di vendita e di acquisto delle quote di fondo entro i primi cinque giorni lavorativi del mese successivo. La/Lo stipulante può vedersi addebitare le spese e commissioni bancarie usuali.

1.3.6 In caso di evoluzione sfavorevole delle quote di fondo, in circostanze estreme può accadere che il finanziamento periodico dei costi e del premio di rischio eroda l'intera quota d'investimento. In tal caso, la copertura del rischio di decesso rimane in essere a condizione che la/lo stipulante continui a versare puntualmente i premi.

1.3.7 In caso di versamento di un premio unico, dall'importo investito nel fondo si deduce subito la percentuale dei premi di costo e di rischio di un mese. La parte di premio restante è investita nel fondo. Gli altri premi di rischio e di costo sono finanziati con la vendita periodica di quote di fondo della polizza. Se il valore delle quote di fondo scende sotto la soglia del 5% della somma assicurativa (differenza tra il capitale di decesso garantito e il capitale di risparmio), l'impresa di assicurazione è autorizzata, dandone tempestiva comunicazione alla/allo stipulante, a trasferire le quote di fondo in un fondo del mercato monetario.

1.4 Attestazione del valore imponibile ed estratto conto

All'inizio di ogni anno civile la/lo stipulante riceve:

- un'attestazione relativa al valore imponibile della polizza e
- un estratto conto contenente informazioni sui movimenti del conto, l'evoluzione e il valore delle quote di fondo.

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'impresa di assicurazione;
- la **persona assicurata** è la persona la cui vita 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'**impresa di assicurazione** e partner contrattuale della/dello stipulante è la CONCORDIA Assicurazioni SA.

2.2 Comunicazioni

Le comunicazioni all'impresa di assicurazione sono giuridicamente valide solo se ricevute in forma scritta. L'impresa di assicurazione 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 le è stato reso noto. Le comunicazioni possono essere inviate anche per via elettronica. L'impresa di assicurazione 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'impresa di assicurazione può validamente notificare l'insieme delle 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'impresa di assicurazione può dettare delle condizioni per rendere le altre forme equiparabili alla forma scritta, pubblicandole sul sito 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'impresa di assicurazione 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 le tariffe 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 comincia ogni anno alla data dell'inizio dell'assicurazione e la sua durata è sempre di 12 mesi.

3.4 Le basi di calcolo applicabili all'assicurazione (tavole di mortalità, tasso d'interesse tecnico, ecc.) sono sempre indicate nella proposta e nella polizza.

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 66 anni, l'assicurazione non può più essere conclusa.

4.2 Proposta d'assicurazione

La/Lo stipulante è tenuta/o a inoltrare all'impresa di assicurazione 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

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

4.4.2 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.

4.4.3 L'impresa di assicurazione ha diritto di recedere dal contratto per iscritto entro le quattro settimane successive alla data in cui è venuta a conoscenza della reticenza. Di conseguenza l'obbligo dell'impresa di assicurazione 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'impresa di assicurazione ha diritto alla loro restituzione. Non sussiste invece alcun diritto al rimborso dei premi assicurativi.

4.4.4 L'eventuale valore di riscatto dell'assicurazione disdetta è erogato alle/agli aventi diritto.

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'impresa di assicurazione e di integrare o rettificare le proprie dichiarazioni. A fronte di un incremento del rischio o di una reticenza, l'impresa di assicurazione ha diritto di recedere dal contratto.

5. Inizio, durata, trasformazione 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'impresa di assicurazione, al più presto tuttavia alla data d'inizio dell'assicurazione indicata sulla proposta d'assicurazione.

5.1.2 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.

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

5.1.4 Qualora si verifichi un caso assicurativo durante il periodo di copertura assicurativa provvisoria, l'impresa di assicurazione 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.

5.1.5 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'impresa di assicurazione;
- se l'impresa di assicurazione pospone la valutazione della proposta o rifiuta la proposta.

5.2 Copertura assicurativa definitiva

L'impresa di assicurazione decide se accettare la proposta d'assicurazione. Può accettarla senza modifiche, applicare delle riserve, aumentare i premi per rischi particolari, accantonarla o rifiutarla in toto. La copertura assicurativa definitiva entra in vigore alla data d'inizio dell'assicurazione indicata sulla polizza, a condizione che il primo premio risulti già accreditato e che l'impresa di assicurazione possa investirlo nel fondo d'investimento. Se il primo premio è accreditato in ritardo, l'inizio dell'assicurazione è posticipato al primo giorno del mese seguente.

5.3 Durata contrattuale

L'assicurazione è stipulata per una durata minima di dieci anni assicurativi completi, al massimo però fino all'anno civile in cui la persona assicurata compie 75 anni (età assicurativa determinante finale).

5.4 Disdetta, riscatto

La/Lo stipulante può disdire anticipatamente l'assicurazione per la fine di ogni mese. La comunicazione deve pervenire per iscritto all'impresa di assicurazione entro il 20 del mese in questione.

La copertura assicurativa cessa alla fine del mese per il quale la/lo stipulante ha disdetto l'assicurazione.

Se l'assicurazione ha un valore di riscatto, l'impresa di assicurazione lo rimborsa. Il valore di riscatto corrisponde al valore del momento delle quote di fondo, dedotte le spese di conclusione non coperte. In ogni caso, i costi di conclusione non ammortizzati deducibili non possono essere superiori a un terzo del capitale in fondi.

5.5 Trasformazione

- 5.5.1 La/Lo stipulante può richiedere che l'assicurazione INVIVA sia trasformata a decorrere dal mese successivo in un'assicurazione esonerata dal pagamento dei premi con prestazioni adeguatamente ridotte. La corrispondente comunicazione deve pervenire all'impresa di assicurazione per iscritto entro il 20 del mese.
- 5.5.2 Per la trasformazione, il valore del momento delle quote di fondo è utilizzato quale premio unico per un'assicurazione legata a fondi d'investimento esonerata dal pagamento dei premi con prestazioni ridotte.
- 5.5.3 Il riscatto dell'assicurazione trasformata è possibile.
- 5.5.4 Se il fondo si evolve negativamente e il valore delle quote è eroso dal finanziamento periodico dei premi di rischio e dei costi, l'assicurazione trasformata si estingue.

5.6 Fine dell'assicurazione

- 5.6.1 L'assicurazione termina:
- con il decesso della persona assicurata;
 - alla scadenza del contratto.
- 5.6.2 L'assicurazione termina anticipatamente:
- in caso di revoca della proposta d'assicurazione da parte della/dello stipulante;
 - in caso di disdetta e di riscatto da parte della/dello stipulante;
 - in caso di recesso da parte dell'impresa di assicurazione 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 e 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'impresa di assicurazione l'assenso scritto al proseguimento dell'assicurazione;
 - nel caso di un'assicurazione trasformata, se il valore delle quote di fondo accumulate è interamente eroso.
- 5.6.3 La/Lo stipulante ha l'obbligo di notificare immediatamente i seguenti eventi all'impresa di assicurazione:
- una residenza fiscale all'estero, conformemente alle Condizioni particolari «Assoggettamento fiscale all'estero»;
 - le sanzioni economiche o le altre sanzioni, pronunciate nei suoi confronti da governi od organizzazioni internazionali, di cui l'impresa di assicurazione deve tenere conto in virtù del diritto svizzero applicabile.

In entrambi i casi l'impresa di assicurazione può, in qualsiasi momento, disdire il contratto con effetto immediato; nel cui caso la/lo stipulante ha diritto di riscuotere il valore di riscatto.

- 5.6.4 Entro i cinque giorni lavorativi successivi alla fine del contratto, l'impresa di assicurazione vende le quote di fondo al prezzo di riscatto fissato dalla società di fondi. In caso di decesso della persona assicurata, le quote di fondo sono vendute entro i cinque giorni lavorativi successivi alla ricezione della comunicazione scritta del decesso.

6. Limitazioni della copertura assicurativa

6.1 In generale

Non sussiste alcun diritto alle prestazioni assicurative nei seguenti casi:

- decesso in seguito all'esposizione a radiazioni ionizzanti e a danni derivanti dall'energia atomica;
- rifiuto o impedimento di esami o accertamenti richiesti dall'impresa di assicurazione;
- 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

Se la persona assicurata decede in seguito a suicidio nei tre anni successivi all'inizio dell'assicurazione o alla riattivazione dell'assicurazione, l'impresa di assicurazione paga esclusivamente il valore di riscatto. Ciò vale anche nel caso in cui la persona assicurata abbia commesso l'atto mortale in uno stato d'incapacità di discernimento.

6.3 In caso di negligenza grave e atti temerari

L'impresa di assicurazione rinuncia di principio al diritto conferitole dalla legge di ridurre la prestazione assicurativa se l'evento assicurato è stato cagionato per negligenza grave.

Se tuttavia 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'impresa di assicurazione è autorizzata 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.

Se i premi versati, maggiorati di un interesse del 5%, superano il capitale di decesso da corrispondere, si rimborsano unicamente i premi compresi gli interessi.

7. Prestazioni

7.1 In caso di decesso

Se la persona assicurata decede durante il periodo di copertura assicurativa, l'impresa di assicurazione versa il valore delle quote di fondo, come minimo il capitale di decesso garantito.

7.2 In caso di vita

Se la persona assicurata è in vita alla scadenza del contratto, l'impresa di assicurazione versa il valore delle quote di fondo.

7.3 Giustificazione del diritto alle prestazioni

7.3.1 L'impresa di assicurazione 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 di vita, alla scadenza del contratto o in caso di riscatto:
 - l'originale della polizza assicurativa.

7.3.2 L'impresa di assicurazione è autorizzata a richiedere o a procurarsi informazioni e documenti supplementari. I medici della persona assicurata sono svincolati dal segreto professionale nei confronti dell'impresa di assicurazione.

7.3.3 I documenti e le prove devono essere inoltrati in lingua italiana, tedesca, francese o inglese. Se sono inoltrati in un'altra lingua, l'impresa di assicurazione può esigere che la/il richiedente ne fornisca una traduzione autenticata effettuata in Svizzera.

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

7.4 Modalità di erogazione

Capitale di decesso, capitale in caso di vita o valore di riscatto sono erogati in franchi svizzeri (CHF) sul conto indicato dalla persona beneficiaria presso una banca in Svizzera o nel Principato del Liechtenstein oppure presso la Posta svizzera.

In caso di costituzione in pegno, l'impresa di assicurazione può versare le prestazioni esigibili solo previo consenso scritto della creditrice o del creditore pignoranzia/o.

8. Clausola beneficiaria

8.1 Persone beneficiarie

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

- 1) la/lo stipulante,
- 2) in sua mancanza il/la coniuge o la/il partner registrata/o della/dello stipulante,
- 3) in sua mancanza le figlie/i figli della/dello stipulante,
- 4) in loro mancanza i genitori della/dello stipulante,
- 5) in loro mancanza le/i rimanenti eredi della/dello stipulante.

8.1.2 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.

8.1.3 La/Lo stipulante deve notificare all'impresa di assicurazione 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.

8.1.4 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.

8.2.2 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.

8.2.3 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 dietro pagamento del valore di riscatto.

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'impresa di assicurazione (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

Il finanziamento dell'assicurazione è garantito da premi annuali che restano invariati per l'intero periodo d'assicurazione oppure da un premio unico.

9.2 Obbligo di pagamento

Il periodo dei premi corrisponde all'anno assicurativo. Il premio deve essere pagato in anticipo ogni anno ed è esigibile all'inizio di ogni anno assicurativo, la prima volta alla conclusione del contratto.

Il premio annuo può essere pagato anche ratealmente dietro versamento di un supplemento. Le rate sono anch'esse da pagare anticipatamente. L'impresa di assicurazione può, a seconda della modalità

di pagamento, riscuotere una maggiorazione supplementare sul premio.

9.3 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'invio della diffida. Se la diffida rimane senza effetto, si procede alla trasformazione in un'assicurazione legata a fondi d'investimento esonerata dal pagamento dei premi con prestazioni ridotte.

Se il premio è pagato dopo la scadenza del termine di diffida, la copertura assicurativa non entra automaticamente di nuovo in vigore. L'impresa di assicurazione 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.

9.4 Rimborso dei premi

L'impresa di assicurazione rimborsa alla persona debitrice dei premi registrata presso di lei la quota di rischio dei premi periodici che sono stati previamente pagati per il periodo successivo al decesso della persona assicurata o, in caso di riscatto, per il periodo successivo alla fine dell'assicurazione.

10. Gestione dei dati

10.1 L'impresa di assicurazione 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'impresa di assicurazione può trasferire una parte dei rischi a un riassicuratore. In tal caso gli trasmette i dati necessari alla riassicurazione.

10.4 L'impresa di assicurazione, per l'esecuzione dell'assicurazione, può ricorrere ai servizi di specialiste e specialisti esterni (ad esempio medici, consulenti giuridiche e giuridici), che 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'impresa di assicurazione può essere citata 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'impresa di assicurazione modificasse le CGA dell'assicurazione rischio e risparmio legata a fondi d'investimento INVIVA nel corso della durata del contratto, è tenuta 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'impresa di assicurazione, 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'impresa di assicurazione è autorizzata 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'impresa di assicurazione 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'impresa di assicurazione è debitrice 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 sostituzione del capitale di copertura. Non possono mai superare le rendite assicurate.

13.7 L'impresa di assicurazione 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
info@concordia.ch