

Informazione clienti in base alla LCA

Assicurazione IncomeProtect della AXA Assicurazioni SA per i clienti della Cembra Money Bank SA

Le seguenti informazioni per la clientela forniscono una visione di insieme in forma breve sull'identità dell'assicuratore e il contenuto essenziale del contratto d'assicurazione (Art. 3 della Legge Federale sul contratto d'assicurazione, LCA). I diritti e gli oneri della persona assicurata risultano dalle Condizioni Generali d'Assicurazione (CGA), dalla dichiarazione d'adesione, dalla conferma d'assicurazione nonché delle leggi applicabili, soprattutto la LCA.

Chi è l'assicuratore?

L'assicuratore è la AXA Assicurazioni SA, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur, di seguito denominata «AXA».

Chi si occupa dell'elaborazione delle prestazioni e della corrispondenza?

Per tutte le questioni relative alla copertura assicurativa, si prega di rivolgersi sempre alla AXA Assicurazioni SA, Credit & Lifestyle Protection, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur, tel. 0848 000 398, fax 0848 000 425. È inoltre possibile segnalare un evento assicurato in modo rapido e comodo anche online tramite il seguente sito web: www.clp.partners.axa.ch/sinistri.

Chi è il soggetto contraente?

Contraente e debitrice del premio è la Cembra Money Bank SA («Banca»). La Banca ha stipulato con la AXA un contratto d'assicurazione collettivo a favore delle persone assicurate. Per l'adempimento del contratto d'assicurazione collettivo, la Banca ha esternalizzato alcuni servizi alla TONI Digital Insurance Solutions AG di Zurigo (di seguito «TONI»).

Chi sono le persone assicurate?

Le persone assicurate sono le persone che adempiono alle condizioni di adesione secondo le CGA, hanno consegnato alla Banca la dichiarazione d'adesione sottoscritta all'attenzione della AXA (consenso in forma scritta o digitale) e hanno ricevuto dalla Banca la conferma d'assicurazione.

Quali rischi sono assicurati?

I rischi assicurati sono l'incapacità totale al lavoro e la disoccupazione. L'assicurazione è un'assicurazione di somma fissa a copertura del reddito da rapporto di lavoro retribuito.

Qual è l'estensione della copertura assicurativa?

In caso di incapacità totale al lavoro oppure disoccupazione, si riceve una prestazione assicurativa mensile pari a 1.000 o 1.800 franchi al mese a seconda dell'importo scelto al momento della consegna della dichiarazione d'adesione. Paghiamo la prestazione assicurativa mensile a partire dal 31° giorno di incapacità totale al lavoro o di disoccupazione per un massimo di 12 mesi per caso assicurato.

Come viene erogata la prestazione?

La AXA eroga tutte le prestazioni assicurative direttamente alla persona assicurata.

Quando inizia la copertura assicurativa?

La copertura assicurativa inizia dal giorno successivo alla scadenza del periodo di carenza, pari a 30 giorni in caso di incapacità totale al lavoro e di 90 giorni in caso di disoccupazione.

Quanto dura e quando termina la copertura assicurativa?

La copertura assicurativa viene stipulata rispettivamente per la durata di un anno, con tacito rinnovo per rispettivamente un ulteriore anno. Il contratto d'assicurazione nelle CGA prevede diversi motivi/possibilità per il termine del contratto. Gli stessi possono essere riassunti come segue:

La copertura assicurativa termina soprattutto se subentra uno dei seguenti eventi nelle date rispettivamente indicate:

- 60 mesi dall'inizio della copertura assicurativa;
- il 60° compleanno della persona assicurata;
- il giorno del pensionamento regolare oppure del pensionamento anticipato della persona assicurata;
- il giorno in cui l'assicuratore ha versato 12 volte la prestazione assicurativa mensile in caso di disoccupazione o 24 volte la prestazione assicurativa mensile in caso di incapacità totale al lavoro;
- il giorno in cui la persona assicurata assume un rapporto di lavoro retribuito presso un datore di lavoro al di fuori della Svizzera;
- il giorno in cui la persona assicurata trasferisce il proprio domicilio al di fuori dalla Svizzera;
- il giorno del termine della copertura assicurativa (sulla base dell'Art. XI);
- il giorno del decesso della persona assicurata.

È possibile terminare la copertura assicurativa soprattutto (rispettivamente con comunicazione alla Cembra Money Bank SA, Bändliweg 20, 8048 Zurigo all'attenzione della AXA o tramite il formulario di contatto sul sito <https://www.cembra.ch/it/assicurazioni>):

- entro 30 giorni dopo l'inizio dell'assicurazione: in qualsiasi momento;
- dopo i primi 30 giorni: nel rispetto di un termine di preavviso di almeno 30 giorni alla fine di un anno assicurativo;
- se la AXA modifica i premi o le condizioni di assicurazione; in questo caso, la notifica deve pervenire alla Banca prima della data a partire dalla quale la modifica avrebbe effetto secondo la comunicazione della AXA.

La AXA e la Banca possono terminare la copertura assicurativa soprattutto:

- con comunicazione indirizzata all'assicurato nel rispetto di un termine di almeno 30 giorni alla fine di un anno assicurativo;
- se l'assicurato fosse caduto in mora con il pagamento del premio nei confronti della Banca e lo stesso è stato sollecitato senza successo.

Qualsiasi avviso di cessazione della copertura assicurativa deve essere notificato all'altra parte per iscritto o in un'altra forma testuale (ad esempio via e-mail).

A quanto ammonta il premio?

L'ammontare del premio è indicato nella dichiarazione d'adesione e nella conferma d'assicurazione. Il premio dovuto alla Banca sarà fatturato dal proprio fornitore di servizi TONI tramite bollettino di versamento, inclusa la tassa di bollo federale. Restano salve modifiche del premio durante il periodo dell'assicurazione.

Quali altri obblighi ha la persona assicurata?

- Individuazione della fattispecie: Si è tenuti a collaborare in caso di chiarimenti relativi all'assicurazione, come ad esempio violazioni dell'obbligo di notifica, aggravamenti del rischio, verifiche delle prestazioni ecc., e a fornire alla AXA tutte le informazioni e tutti i documenti necessari, richiedere gli stessi a terzi all'attenzione della AXA e autorizzare terzi per iscritto a consegnare alla AXA le relative informazioni, i relativi documenti ecc. La AXA ha il diritto di fare proprie ricerche.
- Caso assicurato: il caso assicurato va immediatamente segnalato alla AXA.

In che modo la AXA gestisce i dati degli assicurati?

Le informazioni sull'utilizzo dei dati sono disponibili su www.AXA.ch/protezione-dati. Inoltre, in caso di sinistro, i dati possono essere trasmessi alla Banca insieme alla relativa corrispondenza. I dati vengono conservati fisicamente oppure elettronicamente. La persona assicurata ha il diritto di richiedere presso la AXA le informazioni previste dalla legge circa i dati che la riguardano.

Condizioni generali d'assicurazione (CGA)

Per la copertura assicurativa in caso di incapacità totale al lavoro e disoccupazione

Assicurazione IncomeProtect

della AXA Assicurazioni SA per i clienti della Cembra Money Bank SA

Le presenti condizioni generali d'assicurazione («**CGA**») regolano i particolari della copertura assicurativa. L'assicuratore è la **AXA Assicurazioni SA, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur («Assicuratore»** oppure «**AXA**»).

Base della copertura assicurativa è un contratto d'assicurazione collettivo in essere tra la Cembra Money Bank SA («**Banca**») e l'assicuratore («**contratto d'assicurazione collettivo**»). Contraente e debitrice del premio per il contratto d'assicurazione collettivo è la Banca. Dopo aver aderito al contratto d'assicurazione collettivo si viene denominati «**persona assicurata**». I diritti assicurativi delle persone assicurate si rivolgono esclusivamente contro l'assicuratore. Nel caso assicurato non sussistono rivendicazioni contro la Banca.

Si prega di leggere attentamente le presenti CGA e di conservarle in un luogo sicuro. Le basi della copertura assicurativa personale sono:

- le disposizioni contenute nelle presenti CGA;
- le indicazioni e note contenute nella conferma d'assicurazione rilasciata dalla Banca in nome dell'assicuratore;
- le disposizioni contenute nella dichiarazione d'adesione.

A integrazione valgono le disposizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) nonché del diritto svizzero delle obbligazioni (CO).

I. CONDIZIONI D'ACCETTAZIONE E DEFINIZIONI

La copertura assicurativa viene concessa solo alle persone che al momento dell'adesione al contratto d'assicurazione collettivo:

1. sono clienti della Banca, ossia hanno stipulato almeno un altro contratto con la Banca stessa (ad esempio un conto stipendio, un conto di risparmio o un contratto di credito) al momento della stipula del contratto d'assicurazione;
2. hanno richiesto l'adesione al contratto d'assicurazione collettivo e si sono dichiarate d'accordo a pagare il premio mensile definito dalla Banca;
3. hanno più di 18 anni e meno di 56 anni;
4. hanno un impiego fisso e retribuito in Svizzera con un contratto indeterminato e in corso di validità e sono impiegate da almeno 6 mesi per almeno 18 ore alla settimana presso lo stesso datore di lavoro (qui di seguito «**nel rapporto di lavoro retribuito**»);
5. hanno il proprio domicilio in Svizzera; e
6. non hanno preso conoscenza di un licenziamento imminente dal rapporto di lavoro retribuito.

Al momento della consegna della dichiarazione d'adesione al contratto d'assicurazione collettivo, la persona assicurata sceglie l'importo della «**prestazione assicurativa mensile**», che ammonta a 1.000 o 1.800 franchi al mese.

La copertura assicurativa non può essere stipulata più di una volta per la stessa persona e nello stesso momento.

II. INIZIO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa decorre:

- per la copertura secondo l'Art. IV (incapacità totale al lavoro): 30 giorni dopo la data indicata nella conferma d'assicurazione («**periodo di carenza**»);
- per la copertura secondo l'Art. VI (disoccupazione): 90 giorni dopo la data indicata sulla conferma d'assicurazione («**periodo di carenza**»). Se al momento dell'adesione al contratto d'assicurazione collettivo la persona assicurata svolge un'attività lavorativa a orario ridotto (art. 10 cpv. 2bis LADI), il periodo di carenza dura fino alla fine del lavoro ridotto, tuttavia per almeno 90 giorni.

III. FINE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Fatte salve le possibilità di termine secondo l'Art. XI, la copertura assicurativa viene concessa rispettivamente per il periodo di un anno e viene automaticamente prorogata per un ulteriore anno fino a che subentra una delle seguenti scadenze:

- 60 mesi dall'inizio della copertura assicurativa;
- il 60° compleanno della persona assicurata;
- il giorno del pensionamento regolare oppure del pensionamento anticipato della persona assicurata;
- il giorno in cui l'assicuratore ha versato 12 volte la prestazione assicurativa mensile in caso di disoccupazione o 24 volte la prestazione assicurativa mensile in caso di incapacità totale al lavoro;
- il giorno in cui la persona assicurata assume un rapporto di lavoro retribuito presso un datore di lavoro al di fuori della Svizzera;
- il giorno in cui la persona assicurata trasferisce il proprio domicilio al di fuori della Svizzera;
- il giorno del termine della copertura assicurativa (sulla base dell'Art. XI);

- il giorno del decesso della persona assicurata

IV. PRESTAZIONI PER INCAPACITÀ TOTALE AL LAVORO

1. Per «**incapacità totale al lavoro**» (qui di seguito per una migliore leggibilità denominata anche «**incapacità al lavoro**») si intende ogni sospensione momentanea del lavoro a causa di un'incapacità totale (100 per cento) della persona assicurata (come conseguenza di una malattia o di un incidente) di esercitare l'impiego o l'attività consueta. Tale incapacità deve essere confermata dal referto di un medico. L'assicuratore può chiedere alla persona assicurata un esame eseguito da un medico indipendente definito dall'assicuratore. Inoltre, la persona assicurata nel momento in cui subentri il caso assicurato deve avere un rapporto di lavoro retribuito (come definito sotto l'Art. I.).
2. La prestazione dell'assicuratore viene versata mensilmente. Corrisponde all'importo scelto dalla persona assicurata al momento dell'adesione al contratto d'assicurazione collettivo ed è pari a 1.000 o 1.800 franchi al mese.
3. Le prestazioni dell'assicuratore vengono erogate decorso un periodo d'attesa di 30 giorni consecutivi (dopo la determinazione dell'incapacità totale al lavoro) durante tutta la durata dell'incapacità al lavoro, al massimo però per 12 mesi per sinistro. Restano salve le scadenze concordate nell'Art. III.
4. Un'ulteriore incapacità al lavoro comporta, indipendentemente dalle cause, solo un diritto d'assicurazione sulla base delle seguenti disposizioni:
 - 4.1. se la persona assicurata ha riassunto la propria attività retribuita entro 6 mesi prima dell'inizio della nuova incapacità al lavoro, il nuovo periodo di incapacità al lavoro viene considerato come continuazione del primo (nessun nuovo periodo di attesa; nessuna prestazione in corso di durata della ripresa dell'attività). Per la prima e l'ulteriore incapacità al lavoro vengono erogate prestazioni per un periodo totale di massimo 12 mesi.
 - 4.2. Se tra la fine della prima e l'inizio dell'ulteriore incapacità al lavoro ci sono più di 6 mesi (ripresa dell'attività nel rapporto di lavoro retribuito), l'ulteriore periodo d'incapacità al lavoro viene trattato come nuovo caso assicurato con nuovo periodo d'attesa.

V. CASI DI ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI INCAPACITÀ TOTALE AL LAVORO

Le prestazioni dell'assicuratore sono escluse nei seguenti casi:

- L'incapacità al lavoro come conseguenza:
 - di un'incapacità al lavoro o al guadagno già in essere oppure mali già esistenti (soprattutto malattie o incidenti) che erano noti alla persona assicurata al momento dell'adesione al contratto collettivo d'assicurazione oppure dovevano esserle noti;
 - di casi di tentato suicidio, lesioni personali per colpa grave, assunzione di droghe o medicinali non prescritti dal medico;
 - della prestazione di servizio militare o simili;
 - di giochi, corse, scommesse o competizioni sportive, a condizione che la persona assicurata sia impegnata professionalmente in tali attività;
 - di ogni tipo di voli, con l'eccezione come passeggero di un volo eseguito commercialmente in un aereo per passeggeri;
 - di sport aerei in concomitanza con gare, dimostrazioni, acrobazie, tentativi di record, voli con prototipi, voli di prova, lanci con paracadute non omologati, voli con deltaplani, deltaplano, parasailing, parapendio;
 - di combattimenti ai quali la persona assicurata partecipi attivamente, a meno che non servano a scopi di autodifesa, assistenza a persone in pericolo o adempimento di doveri professionali;
 - di abuso di alcol o droghe;
 - della commissione intenzionale di un reato che provoca il caso assicurato;
 - di effetti diretti o indiretti di un'esplosione, del rilascio di calore o di radiazioni derivanti dalla trasmutazione del nucleo atomico;
 - di una guerra civile o estera, una rivolta, un tumulto, un attentato o un attacco terroristico, indipendentemente dal luogo in cui ha luogo l'evento e dai suoi protagonisti, purché la persona assicurata vi partecipi attivamente;
 - di atti terroristici commessi direttamente o indirettamente con materiale radioattivo, chimico, batteriologico o virale;
 - di lesioni o danni che si verificano o si sono verificati nel corso di gare con un veicolo a motore, la pratica di arti marziali o l'alpinismo;
 - delle ripercussioni di un infortunio o di una malattia causati da atti dolosi compiuti dalla persona assicurata;
- incapacità al lavoro parziale: la stessa sussiste qualora la persona assicurata non sia in grado di esercitare l'impiego o l'attività consueta nella misura finora svolta, ma ancora in modo limitato (Art. XI/5)
- l'interruzione del lavoro insieme al congedo di maternità per legge;

- l'incapacità al lavoro dovuta a esaurimento nervoso, sindrome da affaticamento cronico, fibromialgia, disturbi psichiatrici, neuropsichiatrici o mentali, a meno che tale incapacità lavorativa non richieda un ricovero ospedaliero di oltre 15 giorni consecutivi;
- l'incapacità al lavoro a causa di una lesione del disco intervertebrale o di una radicolopatia: lombaggine, lombalgia, sciatica, meralgia parestesica, nevralgia cervicobrachiale, protrusione discale, ernia discale, mal di schiena, dolore al collo, coccigodinia, a meno che questo disturbo non richieda un intervento chirurgico durante l'incapacità al lavoro.

VI. PRESTAZIONI IN CASO DI DISOCCUPAZIONE

1. Per «disoccupazione» si intende l'interruzione totale e permanente del lavoro a causa del licenziamento da un rapporto di lavoro retribuito, per il quale alla persona assicurata vengono versate prestazioni integrali di diaria di un'assicurazione svizzera di disoccupazione prevista per legge.
2. La prestazione dell'assicuratore viene versata mensilmente. Corrisponde all'importo scelto dalla persona assicurata al momento dell'adesione al contratto d'assicurazione collettivo ed è pari a 1.000 o 1.800 franchi al mese.
3. Qualora la persona assicurata percepisca già prestazioni assicurative a causa di incapacità al lavoro e inoltre diventi disoccupata, si continuano a pagare esclusivamente le prestazioni per incapacità al lavoro (Art. IV). Dopo il termine dell'incapacità al lavoro può essere fatta, se al quel punto sussistono le premesse, istanza per la prestazione assicurativa per disoccupazione.
4. Le prestazioni dell'assicuratore vengono erogate decorso un periodo d'attesa di 30 giorni consecutivi di disoccupazione per tutta la durata della disoccupazione, al massimo però per 12 mesi per sinistro. Inoltre, valgono le scadenze secondo l'Art. III.
5. Un'ulteriore disoccupazione comporta solo un diritto d'assicurazione sulla base delle seguenti disposizioni:
 - 5.1 se la persona assicurata ha riassunto la propria attività retribuita entro 6 mesi prima dell'inizio della nuova disoccupazione, il nuovo periodo di disoccupazione viene considerato come continuazione del primo (nessun nuovo periodo di attesa; nessuna prestazione in corso di durata della ripresa dell'attività). Per la prima e l'ulteriore disoccupazione vengono erogate prestazioni durante complessivamente 12 mesi.
 - 5.2 Se tra la fine della prima e l'inizio dell'ulteriore disoccupazione ci sono più di 6 mesi (ripresa dell'attività nel rapporto di lavoro retribuito), l'ulteriore periodo di disoccupazione viene trattato come nuovo caso assicurato con nuovo periodo d'attesa.
6. **Guadagno intermedio/giorni di sospensione:** se la persona assicurata durante il periodo di disoccupazione realizza un guadagno intermedio, la prestazione dell'assicurazione per il relativo mese si riduce nello stesso rapporto in cui la Cassa di disoccupazione per tale mese ha ridotto il contributo di disoccupazione a causa del guadagno intermedio. Secondo lo stesso principio si riduce la prestazione assicurativa se la Cassa di disoccupazione ha applicato dei giorni di sospensione contro la persona assicurata.
7. Il lavoro ridotto (art. 10 cpv. 2bis LADI) non è considerato disoccupazione ai sensi delle presenti condizioni di assicurazione.

VII. CASI DI ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI DISOCCUPAZIONE

Le prestazioni dell'assicuratore sono escluse nei seguenti casi:

- licenziamento (oppure licenziamento comunicato alla persona assicurata) prima del 90° giorno dopo l'inizio dell'assicurazione;
- licenziamento dal lavoro ridotto esistente all'inizio della copertura assicurativa;
- disoccupazione non coperta dall'assicurazione contro la disoccupazione nonché disoccupazione parziale;
- un licenziamento dal posto di lavoro già comunicato oppure una disoccupazione esistente al momento dell'adesione della persona assicurata al contratto d'assicurazione collettivo;
- sciopero o disoccupazione volontaria;
- cessazione di un contratto di lavoro a tempo determinato o di un progetto di lavoro specifico, nonché cessazione di un impiego stagionale;
- licenziamento che viene comunicato alla persona assicurata durante un periodo di prova, di apprendistato o di formazione; ciò non vale per un periodo di prova che segue immediatamente un caso assicurato;
- il licenziamento a causa di una violazione per colpa grave degli obblighi dal contratto di lavoro;
- il licenziamento per importante motivo sulla base dell'Art. 337 DO;
- il licenziamento se il datore di lavoro è il coniuge o un parente di primo grado della persona assicurata o se la persona assicurata, il suo coniuge o un parente di primo grado è l'unico proprietario, l'azionista di maggioranza o l'organo di rappresentanza del datore di lavoro;
- se la persona assicurata disdice un rapporto di lavoro retribuito per iniziare poi un nuovo rapporto di lavoro retribuito con un altro datore di lavoro, alla fine del vecchio rapporto di lavoro decorre un nuovo periodo di carenza di 90 giorni; se il nuovo datore di lavoro disdice il nuovo rapporto di lavoro entro tale periodo di carenza, non sussiste copertura assicurativa.

VIII. DIRITTO ALLE PRESTAZIONI

Per far valere il diritto alla prestazione assicurativa, la persona assicurata deve utilizzare i formulari di richiesta a ciò preposti, i quali possono essere richiesti dalla persona assicurata all'assicuratore all'indirizzo indicato in calce. Il formulario compilato deve quindi essere trasmesso all'assicuratore (vedi indirizzo alla fine del presente Art. VIII). Per la verifica di un obbligo alla prestazione l'assicuratore può chiedere tutti i certificati che ritiene necessari per la rispettiva verifica del diritto (compreso il diritto di presa visione degli atti onde verificare se la persona assicurata abbia adempiuto alle condizioni di accettazione al momento dell'adesione all'assicurazione). Si tratta soprattutto di:

Nel caso di incapacità totale al lavoro

- copie dell'ultimo contratto di lavoro e dell'ultima busta paga;
- certificato o referto medico che fornisca informazioni (a) sulla causa e le caratteristiche della malattia oppure della lesione fisica nonché sulla rispettiva prognosi e (b) definisca la presumibile durata dell'incapacità al lavoro;
- in caso di incidente: una copia del protocollo della polizia (se presente);
- dichiarazione di assenza dal posto di lavoro come conseguenza di malattia o incidente (documento del datore di lavoro).

Nel caso di disoccupazione

- copie dell'ultimo contratto di lavoro e dell'ultima busta paga;
- copia della lettera di licenziamento;
- copia della registrazione e della richiesta di indennità di disoccupazione presso una Cassa di disoccupazione;
- copie dei computi mensili delle prestazioni circa i versamenti delle prestazioni dalla Cassa di disoccupazione.

Se il caso assicurato si protrae per più di un mese, l'assicuratore può richiedere la prova della continuazione del caso assicurato stesso (certificato successivo) per ogni ulteriore mese in cui la persona assicurata richiede una prestazione. I referti o certificati medici devono essere stati rilasciati in tutti i casi da un medico di base della Svizzera. Tutti i documenti vanno presentati in una delle lingue ufficiali della Svizzera. I costi relativi ai certificati di cui sopra sono a carico della persona assicurata. L'assicuratore può inoltre procurare o richiedere a proprie spese altri certificati e chiedere altri esami medici che ritenga necessari per la decisione circa la determinazione del diritto. In questo contesto l'assicuratore ha il diritto di contattare direttamente i medici curanti. La persona assicurata pertanto esonera con la presente tutti i medici curanti nonché tutti gli altri collaboratori di istituzioni, autorità e simili nominati nella documentazione presentata in caso di evento assicurato o comunque coinvolti nelle cure mediche dal segreto medico/professionale nella misura in cui ciò sia necessario per la determinazione dell'obbligo alla copertura (inclusa la verifica delle condizioni d'accettazione). La persona assicurata esonera inoltre gli organi ufficiali, i datori di lavoro e gli altri assicuratori e le assicurazioni sociali (in particolare l'ufficio AI o la cassa di disoccupazione competente) dall'obbligo di riservatezza e segretezza nei confronti dell'assicuratore. Autorizza espressamente tali uffici a fornire informazioni e l'assicuratore a prendere visione delle decisioni e degli atti di altri assicuratori e assicurazioni sociali coinvolti nello stesso caso di sinistro (in particolare l'ufficio AI o la cassa di disoccupazione competente). Se l'assicuratore richiede una corrispondente autorizzazione scritta e/o una dispensa dall'obbligo di riservatezza per chiarire l'obbligo alla prestazione in caso di sinistro nell'ambito dell'elaborazione della richiesta, queste devono essere rilasciate senza indugio.

La documentazione sopra menzionata o richiesta a integrazione deve essere inviata immediatamente dopo il verificarsi di un caso di sinistro al seguente indirizzo:

AXA Assicurazioni SA
Credit & Lifestyle Protection
General-Guisan-Strasse
40 8400 Winterthur

È possibile segnalare un evento assicurato in modo rapido e comodo anche online tramite il seguente sito web:

www.clp.partners.axa.ch/sinistri

IX. MODIFICHE DEI PREMI OPPURE DELLE CGA/COMUNICAZIONI

1. L'assicuratore può chiedere in ogni momento, sia per rischi in essere come anche per rischi nuovi, una modifica dei premi e/o delle CGA. L'assicuratore comunica per iscritto alle persone assicurate le rispettive modifiche al più tardi 30 giorni prima della loro entrata in vigore. Tutte le comunicazioni sono da considerare notificate in modo valido qualora siano state trasmesse all'ultimo indirizzo di domicilio reso noto all'assicuratore o alla Banca.
2. Se la persona assicurata non è d'accordo con le modifiche, ha il diritto di terminare la copertura assicurativa rispettando un termine di 30 giorni alla fine del mese con comunicazione scritta alla Banca.

X. PREMIO

1. La Banca, in qualità di contraente e debitrice del premio nei confronti dell'assicuratore, assegna il proprio debito del premio sulla persona assicurata. La persona assicurata deve il premio alla Banca, che lo richiede alla persona assicurata stessa.
2. Al momento della consegna della dichiarazione d'adesione al contratto d'assicurazione collettivo, la persona assicurata può scegliere tra gli intervalli di pagamento offerti per il versamento del premio alla Banca (ad esempio trimestrale o mensile). Il primo premio è dovuto alla data di inizio dell'assicurazione; i premi successivi sono dovuti in base all'intervallo di pagamento selezionato.
3. La persona assicurata è tenuta a pagare il proprio premio mensile alla Banca anche durante il periodo nel quale percepisce delle prestazioni dal presente contratto d'assicurazione collettivo.

XI. TERMINE/MORA DI PAGAMENTO

1. La persona assicurata può terminare l'assicurazione comunicandolo per iscritto alla Banca, all'attenzione dell'assicuratore, entro 30 giorni dall'inizio dell'assicurazione. In questo caso la copertura assicurativa viene sciolta senza conseguenze in termini di costo e il premio già versato dalla persona assicurata alla Banca viene restituito integralmente.
2. La persona assicurata ha il diritto di disdire la copertura assicurativa in oggetto alla fine di un anno assicurativo con un termine di disdetta di 30 giorni. La disdetta deve essere inviata in forma scritta per posta o via e-mail alla Banca all'attenzione dell'assicuratore. In caso di cessazione, la copertura assicurativa termina alla fine del rispettivo anno assicurativo.
3. L'assicuratore e la Banca si riservano il diritto di terminare la copertura assicurativa rispettando un termine di almeno 30 giorni alla fine di un anno assicurativo (notifica in base all'Art. IX.1 ultima frase).
4. Se il premio dovuto dalla persona assicurata non viene pagato in tempo alla scadenza secondo l'Art.X II.2, la Banca ha il diritto di richiedere per iscritto o in altra forma testuale (ad esempio via e-mail) alla persona assicurata, con l'indicazione delle conseguenze della mora a carico della persona assicurata, di prestare il pagamento entro 14 giorni calcolati dalla data di invio del sollecito. Qualora il premio non venisse versato nonostante un tale sollecito, l'obbligo alla prestazione dell'assicuratore decorsi i detti 14 giorni viene sospeso.
5. Qualsiasi avviso di cessazione della copertura assicurativa deve essere notificato all'altra parte per iscritto o in un'altra forma testuale (ad esempio via e-mail).

XII. EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI

L'assicuratore paga le prestazioni assicurative direttamente alla persona assicurata.

XIII. PROTEZIONE DEI DATI

Le informazioni sull'utilizzo dei dati sono disponibili su www.AXA.ch/protezione-dati. I dati vengono conservati fisicamente oppure elettronicamente. La persona assicurata ha il diritto di richiedere presso la AXA le informazioni previste dalla legge circa i dati che la riguardano.

XIV. DIRITTO APPLICABILE

I diritti della persona assicurata sulla base del contratto d'assicurazione collettivo sono sottoposti al diritto svizzero.

XV. FORO COMPETENTE

Come foro competente a scelta della persona assicurata sono a disposizione: Winterthur come sede dell'assicuratore o come domicilio svizzero della persona assicurata.