

INFORMATIVA PER I CLIENTI A NORMA LCA

PaymentProtect per le carte di credito della Cembra Money Bank AG

La presente informativa per i clienti fornisce in forma chiara e concisa una panoramica circa l'identità dell'assicuratore e gli elementi principali del contratto di assicurazione (articolo 3 della Legge federale sul Contratto d'Assicurazione o LCA). I diritti e i doveri della persona assicurata derivano dalle condizioni generali d'assicurazione (CGA), dalla dichiarazione di adesione, dal certificato d'assicurazione e dalle leggi applicabili, con particolare riferimento alla LCA.

Chi è l'assicuratore? Il vostro assicuratore è la AXA Assicurazioni SA, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur, denominata di seguito «**AXA**».

Tramite chi avvengono l'elaborazione delle prestazioni e la corrispondenza? Per tutte le evenienze riguardanti la vostra protezione assicurativa siete pregati di rivolgervi sempre ad AXA Assicurazioni SA, Credit & Lifestyle Protection, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur, telefono 0848 000 398, fax 0848 000 425. Può anche presentare la sua richiesta di indennizzo rapidamente e comodamente online tramite il seguente sito web: www.clp.partners.axa.ch/sinistri

Chi è il contraente dell'assicurazione? Il contraente dell'assicurazione e debitore del premio è la Cembra Money Bank AG («**banca**»). La banca ha stipulato un contratto di assicurazione collettiva con AXA a favore della persona assicurata.

Chi sono le persone assicurate? Le persone assicurate sono le persone che soddisfano le condizioni per l'ammissione ai sensi delle CGA, che hanno dichiarato l'adesione al contratto di assicurazione collettiva nei confronti della banca all'attenzione di AXA e che hanno ricevuto il certificato d'assicurazione dalla banca.

Quali rischi sono assicurati? I rischi assicurati sono l'incapacità lavorativa totale, la degenza ospedaliera (per tutte le persone assicurate) e la disoccupazione (per le persone assicurate con rapporto di lavoro retribuito) ovvero, in alternativa, la malattia grave (per i lavoratori autonomi assicurati). L'assicurazione è una assicurazione della somma.

Qual è l'estensione della protezione assicurativa? Sussiste la protezione assicurativa seguente:

- Dopo 30 giorni di incapacità lavorativa totale, degenza ospedaliera o disoccupazione, l'assicuratore pagherà il 5% dell'importo scoperto sul conto della persona assicurata al momento dell'ultima fatturazione della carta di credito assicurata prima del verificarsi del caso di sinistro (1° giorno del certificato di incapacità al lavoro, della degenza ospedaliera ovvero della notifica del licenziamento) (denominato di seguito «**saldo negativo assicurato**»). Qualora l'incapacità lavorativa, la degenza ospedaliera ovvero la disoccupazione perduri, l'assicuratore pagherà un ulteriore 5% del saldo negativo assicurato dopo 60 giorni di incapacità lavorativa totale, di degenza ospedaliera o di disoccupazione. Qualora l'incapacità lavorativa, la degenza ospedaliera ovvero la disoccupazione perduri ulteriormente, l'assicuratore pagherà un ulteriore 90% del saldo negativo assicurato dopo 90 giorni di incapacità lavorativa totale, di degenza ospedaliera o di disoccupazione.
- In presenza di una malattia grave (solo per i lavoratori autonomi assicurati), l'assicuratore erogherà una prestazione unica dopo un termine di attesa di 30 giorni durante il quale la persona assicurata deve sopravvivere. La prestazione corrisponde al 100% dell'importo scoperto sul conto della persona assicurata al momento dell'ultima fatturazione della carta di credito assicurata prima del verificarsi del caso di sinistro.
- La prestazione dell'assicuratore per un caso di sinistro è limitata a un massimo di CHF 15'000 e a un totale di 3 casi di sinistro per ogni persona assicurata (al massimo CHF 45'000).

Come avviene l'erogazione della prestazione? AXA eroga tutte le prestazioni assicurative alla banca. La prestazione assicurativa viene accreditata sul vostro conto presso la banca; il saldo negativo assicurato del vostro conto (come descritto sopra ovvero nelle CGA) viene estinto in misura analoga alle prestazioni erogate da AXA alla banca.

Quando inizia la protezione assicurativa? La protezione assicurativa inizia per tutti i rischi dopo un periodo di carenza di 60 giorni, calcolato a partire dalla data indicata sul certificato d'assicurazione.

Quanto dura e quando termina la protezione assicurativa? La protezione assicurativa è stipulata rispettivamente per la durata di un mese, con rinnovo tacito di un ulteriore mese. Il contratto d'assicurazione, nelle CGA, prevede diverse motivazioni/opportunità di terminazione, riassumibili come segue:

La protezione assicurativa termina soprattutto al presentarsi degli eventi seguenti nelle date rispettivamente indicate:

- Nella data della fine del contratto di carta di credito o del giorno nel quale il conto disdetto viene regolato e saldato presso la banca;
- Nella data nella quale l'importo complessivo ancora in sospeso a quel punto diviene prematuramente esigibile ai sensi del contratto della carta di credito, in particolare in caso di rescissione a seguito di mora, fallimento o simile da parte della persona assicurata;
- Al compimento del 65° anno di età da parte della persona assicurata ovvero nel giorno del pensionamento regolare o anticipato della persona assicurata;
- Nel giorno in cui l'assicuratore eroga alla persona assicurata una prestazione assicurativa per malattia grave ai sensi del presente contratto;
- Nel giorno in cui l'assicuratore eroga alla persona assicurata delle prestazioni assicurative per 3 sinistri (CHF 45'000 al massimo) ai sensi del presente contratto;
- Nel giorno in cui la persona assicurata inizia la propria attività lavorativa, indipendentemente dal tipo, al di fuori della Svizzera;
- Nel giorno di cessazione della protezione assicurativa;
- Nel giorno della morte della persona assicurata.

In particolare, potete terminare la protezione assicurativa (tramite comunicazione alla Cembra Money Bank AG, Bändliweg 20, 8048 Zurigo, all'attenzione di AXA o tramite il sito www.cembra.ch/it/assicurazioni):

- entro i 30 giorni successivi all'inizio dell'assicurazione: in ogni momento;
- dopo i primi 30 giorni: nel rispetto di un termine di preavviso di almeno 30 giorni calcolati alla fine del mese;
- se AXA modifica i premi o le condizioni di assicurazione; in questo caso, la comunicazione deve pervenire alla banca prima del giorno a partire dal quale la modifica entrerà in vigore per voi in base alla comunicazione di AXA.

In particolare, AXA e la banca possono terminare la protezione assicurativa:

- tramite comunicazione per a voi nel rispetto di un termine di almeno 30 giorni calcolati alla fine del mese;
- qualora voi siate in mora con il pagamento dei premi nei confronti della banca e siate stati sollecitati senza successo.

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

Qual è l'importo del premio? L'importo del vostro premio è indicato nella dichiarazione di adesione e nel certificato d'assicurazione. Dovete il vostro premio alla banca, che lo fattura nei vostri confronti ogni mese, comprensivo del diritto di timbro federale. Le variazioni di premio durante la durata dell'assicurazione rimangono riservate.

Quali altri obblighi ha la persona assicurata?

- Accertamento dei fatti: in caso di chiarificazioni in merito all'assicurazione – ad esempio in merito a violazioni dell'obbligo d'informazione, aumenti del rischio, esami delle capacità, ecc. – siete tenuti a cooperare e a fornire ad AXA tutte le informazioni e le documentazioni opportune, a reperirle da terzi all'attenzione di AXA e ad autorizzare per iscritto i terzi a cedere ad AXA le informazioni, le documentazioni, ecc. pertinenti. AXA ha il diritto di eseguire le proprie chiarificazioni.
- Caso di sinistro: l'evento assicurato deve essere immediatamente segnalato ad AXA.

Come vengono trattati i dati da AXA? Informazioni sull'uso dei dati sono disponibili su www.AXA.ch/protezione-dati. I vostri dati, comprensivi della corrispondenza intrattenuta, possono inoltre essere inoltrati alla banca in caso di sinistro. I dati vengono conservati fisicamente o elettronicamente. In qualità di persona assicurata, avete il diritto di richiedere le informazioni previste dalla legge in merito all'elaborazione dei dati che vi riguardano ad AXA.

CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE (CGA)

PER LA PROTEZIONE ASSICURATIVA IN CASO DI INCAPACITÀ LAVORATIVA TOTALE, DEGENZA OSPEDALIERA, DISOCCUPAZIONE/MALATTIA GRAVE

PaymentProtect

AXA Assicurazioni SA relativamente ai contratti di carta di credito con la Cembra Money Bank AG

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

Il fondamento della vostra protezione assicurativa è costituito da un contratto di assicurazione collettiva esistente tra la Cembra Money Bank AG («banca») e l'assicuratore («contratto di assicurazione collettiva»). Contraente dell'assicurazione e debitore del premio ai sensi del contratto di assicurazione collettiva è la banca. Avete aderito a questo contratto di assicurazione collettiva e siete indicati di seguito come «**persona assicurata**». I diritti derivanti dall'assicurazione delle persone assicurate si rivolgono esclusivamente nei confronti dell'assicuratore. In caso di sinistro non esiste nessun diritto nei confronti della banca.

Vi preghiamo di leggere attentamente le presenti CGA e di conservare in un luogo sicuro. I fondamenti della vostra protezione assicurativa individuale sono costituiti:

- dalle disposizioni contenute nelle presenti CGA;
- dalle indicazioni e dalle avvertenze contenute nel certificato d'assicurazione emesso dalla banca a nome dell'assicuratore;
- dalle disposizioni contenute nella vostra dichiarazione di adesione.

A integrazione di ciò valgono le disposizioni della legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) e del codice delle obbligazioni (CO) svizzero.

I. CONDIZIONI PER L'AMMISSIONE E DEFINIZIONI

La protezione assicurativa viene concessa solo alle persone che, al momento dell'adesione al contratto di assicurazione collettiva, soddisfano le condizioni seguenti, ovvero alle persone che:

1. hanno stipulato un contratto di carta di credito («**contratto di carta di credito**») con la banca in qualità di titolari principali;
2. hanno richiesto l'adesione al contratto di assicurazione collettiva e si sono dichiarate disposte a pagare il premio mensile trasferito dalla banca;
3. hanno un'età minima di 18 anni e un'età massima di 65 anni;
4. possiedono un impiego fisso e retribuito in Svizzera sulla base di un contratto di lavoro a tempo indeterminato non rescisso e sono occupate almeno 18 ore alla settimana presso lo stesso datore di lavoro (di seguito «**rapporto di lavoro retribuito**») o esercitano un'attività professionale autonoma a lungo termine in Svizzera;
5. hanno la propria residenza in Svizzera;
6. non sono a conoscenza di un licenziamento imminente da un rapporto di lavoro retribuito.

II. INIZIO DELLA PROTEZIONE ASSICURATIVA

La protezione assicurativa per tutti i rischi assicurati inizia 60 giorni dopo la data indicata sul certificato d'assicurazione («**periodo di carenza**»).

III. FINE DELLA PROTEZIONE ASSICURATIVA

Fatte salve le possibilità di conclusione ai sensi dell'articolo XIII, la protezione assicurativa viene concessa rispettivamente per un periodo di un mese e si prolunga automaticamente per un ulteriore mese fino al raggiungimento di uno dei termini seguenti:

- Nella data della fine del contratto di carta di credito o del giorno nel quale il conto disdetto viene regolato e saldato presso la banca;
- Nella data nella quale l'importo complessivo ancora in sospeso a quel punto diviene prematuramente esigibile ai sensi del contratto della carta di credito, in particolare in caso di rescissione a seguito di mora, fallimento o simile da parte della persona assicurata;
- Al compimento del 65° anno di età della persona assicurata;
- Nel giorno del regolare pensionamento o del pensionamento anticipato della persona assicurata;
- Nel giorno in cui l'assicuratore eroga alla persona assicurata una prestazione assicurativa per malattia grave ai sensi del presente contratto (ai sensi dell'articolo VIII);
- Nel giorno in cui l'assicuratore eroga alla persona assicurata delle prestazioni assicurative per 3 sinistri (CHF 45'000 al massimo) ai sensi del presente contratto;
- Nel giorno in cui la persona assicurata inizia la propria attività lavorativa, indipendentemente dal tipo, al di fuori della Svizzera;
- Nel giorno di cessazione della protezione assicurativa (ai sensi dell'articolo XIII);
- Nel giorno della morte della persona assicurata.

IV. PRESTAZIONI IN CASO DI INCAPACITÀ LAVORATIVA TOTALE O DEGENZA OSPEDALIERA

1. L'«**incapacità lavorativa totale**» (indicata di seguito anche quale «**incapacità lavorativa**» per motivi di migliore leggibilità) indica ogni interruzione temporanea del lavoro in seguito all'incapacità completa (100%) della persona assicurata (quale conseguenza di una malattia o di un incidente) di esercitare la propria occupazione o attività. Questa incapacità deve essere confermata da un certificato medico. L'assicuratore può richiedere alla persona assicurata di sottoporsi a un esame a cura di un medico indipendente indicato dall'assicuratore. Inoltre, al presentarsi del caso di sinistro, la persona assicurata deve trovarsi in un rapporto di lavoro retribuito (come indicato nell'articolo I).
2. La «**degenza ospedaliera**» indica il trattamento medico completamente stazionario necessario della persona assicurata a causa di malattia o incidente. Il caso di sinistro inizia con il ricovero completamente stazionario in ospedale. Termina quando, per motivi medici, non è più necessario nessun trattamento completamente stazionario. Se il trattamento medico dovrà essere esteso a un'altra malattia non connessa direttamente alla malattia curata originariamente, questo costituirà un nuovo caso di sinistro. Nel caso di sinistro non rientrano l'esame e il trattamento a causa di gravidanza, parto e interruzione della gravidanza.
3. La prestazione dell'assicuratore viene erogata come segue: (a) dopo 30 giorni di incapacità lavorativa ovvero di degenza ospedaliera (di seguito «**termine di attesa**»), l'assicuratore paga il 5% del saldo negativo assicurato. Il «**saldo negativo assicurato**» rappresenta l'importo scoperto sul conto della persona assicurata al momento dell'ultima fatturazione della carta di credito assicurata prima del verificarsi del caso di sinistro (1° giorno del certificato di incapacità al lavoro ovvero della degenza ospedaliera). (b) Se l'incapacità lavorativa ovvero la degenza ospedaliera dovesse perdurare, dopo 60 giorni di incapacità lavorativa ovvero degenza ospedaliera l'assicuratore pagherà un ulteriore 5% del saldo negativo assicurato. (c) Se l'incapacità lavorativa ovvero la degenza ospedaliera dovesse perdurare ulteriormente, dopo 90 giorni di incapacità lavorativa ovvero degenza ospedaliera l'assicuratore pagherà un ulteriore 90% del saldo negativo assicurato.
4. La prestazione dell'assicuratore per un caso di sinistro è limitata a un massimo di CHF 15'000 per un totale di 3 casi di sinistro per ogni persona assicurata (al massimo CHF 45'000).
5. Un'ulteriore disoccupazione - indipendentemente dalla causa - comporta un diritto derivante dall'assicurazione solamente ai sensi di quanto segue:
 - 5.1 Qualora la persona assicurata abbia ripreso la propria occupazione retribuita entro i 6 mesi precedenti il presentarsi della nuova incapacità lavorativa, l'ulteriore periodo di incapacità lavorativa verrà trattato quale prosecuzione del periodo precedente (nessun nuovo termine di attesa; nessuna erogazione della prestazione per la durata della ripresa dell'occupazione). La prima incapacità lavorativa e l'ulteriore incapacità lavorativa valgono come un caso di sinistro, per il quale - ai sensi delle regolamentazioni di cui all'articolo IV - vengono erogate 3 prestazioni pari al 100% del saldo negativo assicurato fino a un massimo di CHF 15'000.
 - 5.2 Qualora, tra la fine della prima e l'inizio della successiva incapacità lavorativa, trascorrono più di 6 mesi (nuova occupazione in un rapporto di lavoro retribuito), l'ulteriore periodo di incapacità lavorativa verrà trattato quale un nuovo caso di sinistro con un nuovo termine di attesa.

V. CASI DI ESCLUSIONE DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI INCAPACITÀ LAVORATIVA TOTALE O DEGENZA OSPEDALIERA

Le prestazioni dell'assicuratore sono escluse nei casi seguenti:

- Incapacità lavorativa quale conseguenza di:
 - un'incapacità lavorativa o al guadagno già esistente o mali già esistenti (soprattutto malattie o incidenti) che erano già noti o sarebbero dovuti essere già noti alla persona assicurata al momento della sua adesione al contratto di assicurazione collettiva;
 - tentativi di suicidio, lesioni corporee dolose, consumo di droghe o medicinali non prescritti a scopo medico;
 - erogazione di un servizio armato o simile;
 - una malattia o un incidente verificatosi a causa del comportamento doloso della persona assicurata, comprese le conseguenze della dipendenza dall'alcol grave o cronica;

- danni vertebrali o lesioni da incidente alla colonna vertebrale, ove questi non siano dimostrabili tramite radiografie o imaging a risonanza magnetica (MRI);
- AIDS o conseguenze dell'AIDS;
- Incapacità lavorativa parziale: questa sussiste ove la persona assicurata non possa più esercitare l'occupazione o la mansione originaria nell'estensione precedente, ma possa esercitarla limitatamente (dal punto di vista orario);
- Interruzione del lavoro in collegamento a un congedo di maternità previsto dalla legge;
- Sospensione o incapacità lavorativa causata da problemi o malattie psichiche (depressione compresa), ove questi non siano confermati da uno psichiatra riconosciuto con sede in Svizzera;
- Qualsiasi aumento del credito scoperto sul conto nel corso di un sinistro in corso non verrà preso in considerazione per il calcolo della prestazione assicurativa.

VI. PRESTAZIONI IN CASO DI DISOCCUPAZIONE

1. La «**disoccupazione**» indica l'interruzione completa e prolungata del lavoro in seguito a un licenziamento da un rapporto di lavoro retribuito, in ragione della quale per la persona assicurata vengono erogate pienamente le prestazioni della diaria prevista da un'assicurazione contro la disoccupazione.
2. La prestazione dell'assicuratore viene erogata come segue: (a) dopo 30 giorni di disoccupazione (termine di attesa), l'assicuratore pagherà il 5% del saldo negativo assicurato. Il «**saldo negativo assicurato**» rappresenta l'importo scoperto sul conto della persona assicurata al momento dell'ultima fatturazione della carta di credito assicurata prima del verificarsi del caso di sinistro (della notifica del licenziamento). (b) Se la disoccupazione dovesse perdurare, dopo 60 giorni di disoccupazione l'assicuratore pagherà un ulteriore 5% del saldo negativo assicurato. (c) Se la disoccupazione dovesse perdurare ulteriormente, dopo 90 giorni di disoccupazione l'assicuratore pagherà un ulteriore 90% del saldo negativo assicurato.
3. La prestazione dell'assicuratore per un caso di sinistro è limitata a un massimo di CHF 15'000 per un totale di 3 casi di sinistro per ogni persona assicurata (al massimo CHF 45'000).
4. Qualora la persona assicurata benefici già di prestazioni assicurative a causa di incapacità lavorativa ovvero degenza ospedaliera e divenga inoltre disoccupata, verranno inoltre erogate solo le prestazioni assicurative dovute all'incapacità lavorativa ovvero alla degenza ospedaliera (articolo IV). Dopo la fine dell'incapacità lavorativa, a patto che a quel punto siano soddisfatti i requisiti, sarà possibile presentare una richiesta di prestazione assicurativa a causa della disoccupazione.
5. Un'ulteriore disoccupazione comporta un diritto derivante dall'assicurazione solamente ai sensi di quanto segue:
 - 5.1 Qualora la persona assicurata abbia ripreso la propria occupazione retribuita entro i 6 mesi precedenti il presentarsi della nuova disoccupazione, l'ulteriore periodo di disoccupazione verrà trattato quale prosecuzione del periodo precedente (nessun nuovo termine di attesa; nessuna erogazione della prestazione per la durata della ripresa dell'occupazione). La prima disoccupazione e l'ulteriore disoccupazione valgono come un caso di sinistro, per il quale – ai sensi delle regolamentazioni di cui all'articolo VI.2 – vengono erogate prestazioni pari al 100% del saldo negativo assicurato fino a un massimo di CHF 15'000.
 - 5.2 Qualora, tra la fine della prima e l'inizio della successiva disoccupazione, trascorrono più di 6 mesi (nuova occupazione in un rapporto di lavoro retribuito), l'ulteriore periodo di disoccupazione verrà trattato quale un nuovo caso di sinistro con un nuovo termine di attesa di 60 giorni.

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

Le prestazioni dell'assicuratore sono escluse nei casi seguenti:

- Licenziamento (o risoluzione comunicata alla persona assicurata) prima del 60° giorno dopo l'inizio dell'assicurazione;
- Disoccupazione non risarcita dall'assicurazione contro la disoccupazione e disoccupazione parziale;
- Un licenziamento dal posto di lavoro già comunicato alla persona assicurata al momento dell'adesione al contratto di assicurazione collettiva o una disoccupazione già esistente al momento della stipulazione del contratto di credito;
- Sciopero o disoccupazione volontaria;
- Cessazione di un contratto di lavoro a tempo determinato o di un progetto di lavoro specifico;
- Licenziamento comunicato alla persona assicurata nel corso di un periodo di prova, apprendimento o formazione. Questo non vale per un periodo di prova immediatamente connesso a un caso di sinistro;
- Licenziamento causato da una violazione dolosa di importanti obblighi del contratto di lavoro;
- Licenziamento per motivi importanti ai sensi dell'articolo 337 del CO;

- Se la persona assicurata si licenzia da un rapporto di lavoro retribuito per accettare successivamente un nuovo rapporto di lavoro retribuito con un altro datore di lavoro, dal termine del vecchio rapporto di lavoro inizierà a decorrere un nuovo periodo di carenza di 60 giorni. Se il nuovo datore di lavoro rescinderà il nuovo rapporto di lavoro entro questo periodo di carenza, non sussisterà nessuna protezione assicurativa.

VIII. PRESTAZIONI IN CASO DI MALATTIA GRAVE

1. In luogo del rischio di «**disoccupazione**» (ai sensi dell'articolo VI), per le persone assicurate che esercitano un'attività lavorativa autonoma è coperto il rischio di «**malattia grave**» ai sensi delle presenti CGA. Se, al momento dell'adesione al presente contratto di assicurazione collettiva, la persona assicurata dovesse soddisfare i requisiti per l'ammissione nell'assicurazione contro le malattie gravi e, durante la durata dell'assicurazione, dovesse iniziare un rapporto di lavoro retribuito, l'assicurazione in caso di malattia grave si convertirà in un'assicurazione contro la disoccupazione e viceversa. Le prestazioni derivanti dall'assicurazione contro le malattie gravi e dall'assicurazione contro la disoccupazione non possono essere fruite in contemporanea.
2. In presenza di una malattia grave (solo per i lavoratori autonomi assicurati), l'assicuratore erogherà una prestazione unica dopo un termine di attesa di 30 giorni, durante il quale la persona assicurata deve sopravvivere. La prestazione corrisponde al 100% dell'importo scoperto sul conto della persona assicurata al momento dell'ultima fatturazione della carta di credito assicurata prima del verificarsi del caso di sinistro (giorno di dimostrazione della malattia grave come da attestazione medica).
3. La prestazione dell'assicuratore per un caso di sinistro è limitata a CHF 15'000. Dopo il pagamento della prestazione assicurativa a causa di malattia grave, la prestazione assicurativa per la persona assicurata termina in riferimento a tutti i rischi assicurati.
4. Una «**malattia grave**» ai sensi delle presenti condizioni esiste se viene dimostrata l'esistenza di una o più delle seguenti malattie da un'attestazione di un medico residente:

4.1 Infarto cardiaco

Il primo verificarsi di un infarto cardiaco, vale a dire la necrotizzazione di una parte del muscolo cardiaco a causa di un'irrorazione sanguigna insufficiente del muscolo cardiaco (miocardio). La diagnosi deve essere dimostrata a cura di un cardiologo secondo le regole della Società Svizzera di Cardiologia e manifestarsi attraverso i tipici dolori al petto, l'aumento degli enzimi cardiaci specifici e le tipiche variazioni recenti dell'ECG. L'angina pectoris è esclusa.

Spiegazione semplificata: un infarto cardiaco (o infarto del miocardio) si verifica quando, a seguito di un'ossigenazione insufficiente, un'area del muscolo cardiaco si necrotizza. La causa è un'improvvisa occlusione di un'arteria cardiaca.

4.2 Ictus con conseguenze permanenti

Danneggiamento permanente del cervello a causa di un infarto cerebrale successivo a un'emorragia cerebrale, una trombosi o un'embolia, dimostrato dalla diagnosi di un medico neurologo/psichiatra sulla base di un'adeguata diagnostica per immagini (tomografia computerizzata, imaging a risonanza magnetica). Una perdita permanente delle capacità neurologiche deve essere parimenti dimostrata clinicamente. Sono esclusi gli attacchi ischemici transitori (TIA).

Spiegazione semplificata: il cervello controlla tutte le funzioni del corpo. Le lesioni in questa area possono pertanto avere effetti molto gravi. Un ictus (o infarto cerebrale) si verifica quando il cervello viene danneggiato gravemente da emorragie interne ovvero quando l'ossigenazione o l'irrorazione sanguigna viene impedita da un'arteria occlusa e, quindi, si verifica un'ischemia acuta. Un attacco ischemico transitorio (TIA) costituisce un disturbo dell'irrorazione sanguigna di breve durata. I sintomi scompaiono senza conseguenze entro 24 ore.

4.3 Cancro grave

Presenza di un tumore maligno esulante dallo stadio T1 e dimostrato istologicamente (ovvero tramite esame dei tessuti o microscopica), caratterizzato da una crescita autonoma, da una tendenza di crescita infiltrativa (=penetrazione nei tessuti corporei estranei) e dalla tendenza alla metastasi.

Con il concetto di «cancro grave» si indicano anche le forme tumorali maligne del sangue, dei tessuti ematopoietici e del sistema linfatico, compresa la leucemia, i linfomi e il morbo di Hodgkin (neoplasia della linea linfoide).

Sono tuttavia esclusi:

- tutte le affezioni cancerogene in presenza di contemporanea infezione da HIV
- gli stadi iniziali delle affezioni cancerogene, come ad esempio i carcinomi non invasivi (compresa la displasia cervicale CIN 1, CIN 2 e CIN 3), e gli altri tumori pre-maligni o semi-maligni
- tutti i tumori della prostata non classificati istologicamente come almeno di stadio B (II) ovvero T2

- tutti i tumori cutanei, con l'eccezione di tutti i melanomi maligni invasivi, coperti a partire dallo stadio T2.

Spiegazione semplificata: il concetto di «cancro» comprende tutti i tipi di tumore maligno in condizione di diffondere cellule tumorali. In opposizione a essi esistono i cosiddetti tumori benigni senza tendenza alla proliferazione. I tumori maligni possono crescere velocemente e intaccare i tessuti circostanti, mentre le cellule tumorali possono penetrare in altre parti del corpo attraverso la circolazione sanguigna e il sistema linfatico. I tumori proseguono la propria crescita se non sono distrutti o rimossi.

4.4 Insufficienza renale irreversibile

Insufficienza di entrambi i reni definitiva e non più eliminabile, a causa della quale deve essere effettuata regolarmente la dialisi. La diagnosi deve essere dimostrata da un medico nefrologo.

Spiegazione semplificata: il compito dei reni è quello di filtrare il sangue per depurarlo dai prodotti di scarto. Se i reni non funzionano correttamente, i prodotti di scarto si accumulano nel corpo e possono causare problemi di salute che possono mettere a repentaglio la vita. Se un rene cessa di funzionare, l'altro rene può compensare la sua mancanza. Non appena entrambi i reni non sono più in grado di filtrare il sangue, tuttavia, il compito dei reni deve essere svolto da una macchina per la dialisi ovvero si rende necessario un trapianto di organi.

4.5 Sclerosi multipla

Diagnosi di una sclerosi multipla da parte di un medico neurologo/psichiatra, ove la malattia è causata da più di un attacco di disturbi neurologici multipli e chiaramente definiti, generati dalla demielinizzazione del cervello e del midollo spinale. La diagnosi deve inoltre dimostrare che, per un periodo ininterrotto di sei mesi, esistono dei sintomi neurologici che comprendono una combinazione di pregiudizi del nervo ottico, del tronco encefalico, del midollo spinale e della coordinazione delle funzioni sensorie.

Spiegazione semplificata: la sclerosi multipla è una malattia progressiva del sistema nervoso centrale, a causa della quale lo strato protettivo che circonda le fibre nervose (mielina) nel cervello e nel midollo spinale viene distrutto. I sintomi che si manifestano sono diversi a seconda dell'area del cervello o del midollo spinale interessata. Il decorso della malattia varia notevolmente. Esempi di sintomi neurologici sono i problemi di coordinazione, le incertezze nella deambulazione e i disturbi delle funzioni dei muscoli costrittori e della vescica.

4.6 Trapianti degli organi principali, a patto che la persona assicurata sia il soggetto ricevente dell'organo

Trapianto completo avvenuto ovvero registrazione ufficiale nella lista d'attesa per i trapianti di cuore, polmone, fegato, reni, pancreas o midollo osseo. La necessità medica del trapianto deve essere confermata da un medico specialista nel rispetto delle regole mediche pertinenti; la persona assicurata deve essere il soggetto ricevente. Sono esclusi i trapianti di cellule staminali.

Spiegazione semplificata: le malattie o le lesioni gravi possono danneggiare gli organi al punto da rendere possibile il trattamento solo tramite espanto dell'organo malato e trapianto di un organo sano. Per molti organi esistono lunghe liste d'attesa, in quanto non sono a disposizione donatori a sufficienza.

IX. CASI DI ESCLUSIONE DALL'ASSICURAZIONE IN CASO DI MALATTIA GRAVE

Le prestazioni dell'assicuratore sono escluse nei casi seguenti:

- Ove la malattia grave sia conseguenza di un'incapacità lavorativa o al guadagno già esistente o di mali già esistenti (soprattutto malattie o incidenti) che erano già noti o sarebbero dovuti essere già noti alla persona assicurata al momento della sua adesione al contratto di assicurazione collettiva;
- Malattia grave quale conseguenza di radiazione ionizzante o di radioattività.

X. DIRITTO ALL'INDENNITÀ

Per l'affermazione dei diritti alla prestazione assicurativa, la persona assicurata è tenuta a compilare il modulo di sinistro apposito, che può ottenere dall'assicuratore all'indirizzo che segue. Il modulo compilato deve essere infine inviato all'assicuratore (vedere l'indirizzo indicato al termine del presente articolo X). Per la verifica dell'obbligo di prestazioni, l'assicuratore può richiedere tutte le dimostrazioni che ritiene necessarie per la verifica del rispettivo diritto alla prestazione (compresa la concessione dell'esame dei documenti per verificare se la persona assicurata soddisfaceva le condizioni di accettazione al momento dell'adesione all'assicurazione). Queste sono, in particolare:

In caso di incapacità lavorativa totale, degenza ospedaliera o malattia grave:

- Copie dell'ultimo contratto di lavoro e dell'ultimo conteggio del salario;

- Per i lavoratori autonomi: una dimostrazione dell'attività autonoma (ad esempio visura del registro delle imprese commerciali, conferma della cassa di compensazione o certificazione analoga per le libere professioni);
- Certificato o referto medico che (a) fornisca informazioni in merito alla causa e alla natura della malattia ovvero della lesione corporea e in merito alla relativa prognosi e che (b) determini la durata stimata dell'incapacità lavorativa;
- In caso di incidente: una copia del verbale di polizia (ove disponibile);
- Dichiarazione di assenza dal posto di lavoro in seguito a malattia o incidente (documento del datore di lavoro).

In caso di disoccupazione

- Copie dell'ultimo contratto di lavoro e dell'ultimo conteggio del salario;
- Copia della lettera di licenziamento;
- Copia della registrazione e dell'affermazione dell'indennità di disoccupazione presso una cassa di disoccupazione;
- Copia dei conteggi mensili relativi ai pagamenti delle prestazioni erogati dalla cassa di disoccupazione.

Relazioni e attestazioni mediche devono essere prodotte in ogni caso da un medico avente sede in Svizzera. Tutti i documenti devono essere redatti in una delle lingue nazionali svizzere. I costi connessi alle suddette dimostrazioni sono a carico della persona assicurata. L'assicuratore può inoltre reperire o esigere a proprie spese delle ulteriori dimostrazioni e richiedere delle ulteriori visite mediche che gli sembrano essere necessarie nella decisione rispetto all'accertamento del diritto. In merito a ciò, l'assicuratore ha il diritto di contattare direttamente i medici curanti. La persona assicurata libera con la presente i medici e tutti i collaboratori delle istituzioni, delle autorità pubbliche o simili indicati nei documenti presentanti nel caso di prestazione o partecipanti al trattamento terapeutico dal proprio obbligo di segretezza medico/professionale, ove ciò si renda necessario per la determinazione dell'obbligo di copertura (certificazione delle condizioni per l'ammissione compresa). I documenti succitati ovvero richiesti in aggiunta devono essere inviati immediatamente dopo il presentarsi di un sinistro all'indirizzo seguente:

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

Può anche presentare la sua richiesta di indennizzo rapidamente e comodamente online tramite il seguente sito web:

www.clp.partners.axa.ch/sinistri

XI. VARIAZIONI DEI PREMI O DELLE CGA / COMUNICAZIONI

1. L'assicuratore può richiedere in qualsiasi momento una modifica dei premi e/o delle CGA, tanto per i rischi esistenti, quanto per i nuovi rischi. L'assicuratore comunica per iscritto alle persone assicurate le modifiche in questione al più tardi 30 giorni prima della loro entrata in vigore. Tutte le comunicazioni si intendono recapitate con successo se sono state inviate all'ultimo indirizzo per la corrispondenza reso noto all'assicuratore o alla banca.
2. Se la persona assicurata non è d'accordo con le modifiche può recedere dalla protezione assicurativa nel rispetto di un termine di disdetta di 30 giorni calcolati alla fine del mese per mezzo di una comunicazione alla banca.

XII. PREMI

1. La banca, in qualità di contraente dell'assicurazione e debitore del premio nei confronti dell'assicuratore, trasferisce il proprio obbligo di pagamento del premio alla persona assicurata. La persona assicurata deve il proprio premio alla banca, che lo esige unitamente alle rate del credito mensili e del diritto di timbro federale.
2. Il primo premio è dovuto alla data dell'inizio dell'assicurazione, i premi successivi saranno dovuti nei mesi successivi, rispettivamente unitamente alle rate mensili del credito ai sensi del contratto di credito.
3. Il premio è un premio mensile. La persona assicurata è obbligata a pagare il premio mensile alla banca anche durante il periodo in cui riceve una delle prestazioni ai sensi del presente contratto d'assicurazione.

XIII. CONCLUSIONE / RITARDO DI PAGAMENTO

1. La persona assicurata può terminare l'assicurazione comunicando la sua volontà per iscritto alla banca all'attenzione dell'assicuratore entro i 30 giorni successivi all'inizio dell'assicurazione. In questo caso la protezione assicurativa verrà sciolta senza costi e i premi già pagati alla banca verranno completamente rimborsati alla persona assicurata.
2. Trascorsi i primi 30 giorni, la persona assicurata può sciogliere la protezione assicurativa tramite comunicazione per iscritto alla banca all'attenzione dell'assicuratore nel rispetto di un termine di almeno 30 giorni calcolati alla fine del mese. In tale caso, la copertura assicurativa scadrà alla fine del mese in questione.

3. L'assicuratore e la banca si riservano il diritto di terminare la protezione assicurativa tramite comunicazione nel rispetto di un termine di almeno 30 giorni calcolati alla fine del mese (recapito ai sensi dell'ultimo comma dell'articolo XI.1).
4. Qualora la persona assicurata non paghi i premi dovuti puntualmente alla data di scadenza ai sensi dell'articolo XII.2, la banca ha il diritto di richiedere per iscritto o in altra forma di testo (per esempio via E-mail) alla persona assicurata, dietro minaccia delle conseguenze dell'inosservanza a carico della persona assicurata, di effettuare il pagamento entro 14 giorni calcolati a partire dalla spedizione dell'ingiunzione. Qualora il premio non venga pagato puntualmente nonostante una tale ingiunzione, l'obbligo di prestazione dell'assicuratore cesserà dopo detti 14 giorni.
5. Qualsiasi avviso di cessazione della copertura assicurativa devono essere inviate all'altra parte per iscritto o in altra forma di testo (per esempio via e-mail).

XIV. FORNITURA DI PRESTAZIONI E CESSIONE

L'assicuratore eroga le prestazioni assicurative alla banca. A tale fine, la persona assicurata cede con la presente alla banca i propri diritti su tutte le prestazioni assicurative nei confronti dell'assicuratore. Le prestazioni assicurative vengono accreditate presso il conto locale della persona assicurata; il relativo debito residuo derivante dal contratto della carta di credito viene corrispondentemente estinto nell'estensione delle prestazioni dell'assicuratore alla banca.

XV. PROTEZIONE DEI DATI

Le informazioni sull'uso dei dati si trovano su www.AXA.ch/protezione-dati. I dati della persona assicurata, comprensivi della corrispondenza intrattenuta, possono inoltre essere inoltrati alla banca in qualità di contraente dell'assicurazione avente diritto in caso di sinistro. I dati vengono conservati fisicamente o elettronicamente. La persona assicurata ha il diritto di richiedere le informazioni previste dalla legge in merito all'elaborazione dei dati che la riguardano ad AXA.

XVI. SCELTA DEL DIRITTO

I diritti della persona assicurata regolati dal contratto di assicurazione collettiva sono soggetti al diritto svizzero.

XVII. FORO COMPETENTE

Quale foro competente la persona assicurata può scegliere tra: Winterthur, quale sede dell'assicuratore, o la residenza svizzera della persona assicurata.