

INFORMAZIONE CLIENTI IN BASE ALLA LCA

Assicurazione sulle rate ovvero Assicurazione sulle rate Plus (*) per contratti di credito con la Cembra Money Bank SA

(* a seconda della tariffa stipulata secondo la conferma d'assicurazione)

Le seguenti informazioni per la clientela forniscono una visione di insieme in forma breve sull'identità dell'assicuratore e il contenuto essenziale della polizza assicurativa (Art. 3 della Legge Federale sul contratto di assicurazione, LCA). I diritti e gli oneri del soggetto assicurato 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, qui di seguito denominata „AXA”.

Chi si occupa dell'elaborazione delle prestazioni e della corrispondenza? Per favore contattate per tutte le questioni riguardanti la vostra copertura assicurativa sempre la AXA Assicurazioni SA, Credit & Lifestyle Protection, General-Guisan-Strasse 40, 8400 Winterthur, Telefono 0848 000 398, Fax 0848 000 425.

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.

Chi sono le persone assicurate? Le persone assicurate sono le persone che adempiono alle condizioni di adesione secondo le CGA, abbiano consegnato alla Banca la dichiarazione d'adesione sottoscritta alle mani della AXA e abbiano ricevuto dalla Banca la conferma d'assicurazione.

Quali rischi sono assicurati? I rischi assicurati sono l'incapacità totale al lavoro, l'incapacità totale di guadagno e la disoccupazione.

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

- in caso di incapacità totale al lavoro oppure disoccupazione: assunzione (a) della rata mensile definita nel contratto di credito oppure (b) dell'importo di credito scaduto il 61° giorno di incapacità al lavoro oppure di disoccupazione oppure (c) di al massimo CHF 2'500.- al mese, a seconda quale sia l'importo più basso, al massimo per 9 mesi per caso assicurato. Se l'incapacità al lavoro oppure la disoccupazione dopo il 61° giorno continui per meno di un mese intero, l'AXA per ogni giorno dell'incapacità al lavoro totale continuativa oppure di disoccupazione paga 1/30 dell'importo predetto.
- **Vale solo nella tariffa Assicurazione sulle Rate Plus:** Qualora ha diritto ad una prestazione per la garanzia del contratto di credito in caso di incapacità al lavoro oppure disoccupazione, l'assicuratore paga direttamente a voi un ulteriore importo di CHF 500.-. Se il caso assicurato dopo il 61° giorno continui per meno di un mese intero, l'assicuratore per ogni giorno dell'incapacità al lavoro continuativa oppure di disoccupazione paga CHF 16,65.
- in caso di incapacità totale al guadagno: assunzione del saldo in sospeso del contratto di credito fino al massimo CHF 65'000.-, meno l'importo per il quale siete in mora.

Per tutti i tre i rischi (incapacità totale al lavoro, disoccupazione oppure incapacità totale al guadagno) vige un periodo d'attesa di 60 giorni.

Come viene erogata la prestazione? La AXA eroga tutte le prestazioni assicurative alla Banca. La prestazione assicurativa viene accreditata sul vostro conto ivi istituito; il vostro debito residuo dal contratto di credito pertanto viene estinto dalla AXA rispettivamente nella misura delle prestazioni. Qualora sia stata stipulata la tariffa "Assicurazione sulle rate Plus" l'assicuratore paga la prestazione assicurativa aggiuntiva dell'ammontare di CHF 500.- mensili direttamente a voi.

Quando inizia la copertura assicurativa? La copertura assicurativa inizia alla data indicata nella conferma di accettazione. In caso di disoccupazione sussiste un periodo di carenza di 60 giorni.

Quanto dura e quando termina la copertura assicurativa? La copertura assicurativa viene stipulata rispettivamente per la durata di un mese, con tacito rinnovo per rispettivamente un altro mese. 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:

- la data in cui termina in contratto di credito oppure il giorno in cui il conto presso la Banca viene conguagliato e saldato
- la data in cui tutto l'importo del contratto di credito in quel momento ancora dovuto scade anzitempo, soprattutto in caso di disdetta a causa di mora, per fallimento o simili della persona assicurata
- il 65° compleanno della persona assicurata ovvero il giorno del pensionamento ordinario oppure anticipato della persona assicurata
- il giorno in cui la AXA ha prestatato 27 contributi mensili per la copertura di incapacità al lavoro e/o disoccupazione
- il giorno in cui la AXA ha prestatato la prestazione assicurativa per l'incapacità totale al guadagno
- 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 del termine dell'assicurazione
- il giorno del decesso della persona assicurata

Potete terminare la copertura assicurativa soprattutto (rispettivamente con comunicazione scritta alla Cembra Money Bank SA, Bändliweg 20, 8048 Zurigo alle mani della AXA):

- entro 30 giorni dopo l'inizio dell'assicurazione: in qualsiasi momento
- dopo i primi 30 giorni: nel rispetto di un termine di almeno 30 giorni alla fine del mese
- se la AXA cambia i premi o le condizioni dell'assicurazione; la conferma scritta in questo caso deve pervenire alla Banca prima del giorno in cui la modifica avrebbe effetto per voi secondo la comunicazione della AXA

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

- con comunicazione scritta indirizzata a voi nel rispetto di un termine di almeno 30 giorni alla fine del mese
- se voi siete caduti in mora con il pagamento del premio nei confronti della Banca e lo stesso è stato sollecitato senza successo

A quanto ammonta il premio? L'ammontare del premio è indicato nella dichiarazione d'adesione e nella conferma d'assicurazione. Dovete il premio alla Banca che lo fattura a voi mensilmente inclusa l'imposta di registro federale. Restano salve modifiche del premio durante il periodo dell'assicurazione.

Quali altri obblighi ha la persona assicurata?

- Individuazione della fattispecie: siete tenuti a collaborare per i chiarimenti circa l'assicurazione, come p.es. violazioni dell'obbligo di notifica, aumenti del rischio, verifiche delle prestazioni e a fornire alla AXA tutte le informazioni e tutti i documenti necessari, richiedere gli stessi a terzi alle mani della AXA ed autorizzare terzi per iscritto a consegnare alla AXA le relative informazioni e i relativi documenti. 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 vostri dati? La AXA utilizza i dati nel contesto con la vostra assicurazione soprattutto per determinare i premi, per la definizione del rischio, l'amministrazione del contratto e l'elaborazione di casi assicurati. La AXA può coinvolgere per l'elaborazione dei dati nell'ambito della vostra assicurazione società madri, affiliate e altre società dello stesso gruppo industriale ovvero sedi secondarie in altri paesi dello Spazio economico europeo nonché della Svizzera. Inoltre i vostri dati possono essere trasmessi in caso di sinistro insieme alla relativa corrispondenza alla Banca. I dati vengono conservati fisicamente oppure elettronicamente. Quale persona assicurata avete il diritto di richiedere presso la AXA le informazioni previste dalla legge circa i dati che vi riguardano.

CONDIZIONI GENERALI D'ASSICURAZIONE (CGA)

PER LA COPERTURA ASSICURATIVA IN CASO DI INCAPACITÀ TOTALE AL LAVORO, INCAPACITÀ TOTALE AL GUADAGNO E DISOCCUPAZIONE

Assicurazione sulle rate ovvero Assicurazione sulle rate Plus (*)

(* a seconda della tariffa stipulata secondo la conferma d'assicurazione)

AXA Assicurazioni SA in relazione a contratti di credito con la Cembra Money Bank SA

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

Importante: Gli Artt. IV.3 e VIII.3 descrivono un'ulteriore prestazione assicurativa che viene assicurata solo con la tariffa „Assicurazione sulle rate Plus“. Tutte le altre disposizioni delle CGA valgono sia per l'Assicurazione sulle rate che per l'Assicurazione sulle rate Plus“.

Base della vostra 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. Siete entrati a far parte del contratto d'assicurazione collettivo e qui di seguito sarete denominati «**persona assicurata**». I diritti assicurativi delle persone assicurate si rivolgono esclusivamente contro l'assicuratore. Nel caso assicurato non sussistono rivendicazioni contro la Banca.

Per favore legga attentamente le presenti CGA e le conservi in un luogo sicuro. Le basi della vostra 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 vostra dichiarazione d'adesione.
- Ad integrazione valgono le disposizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) nonché del diritto svizzero sulle obbligazioni (DO).

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. abbiano stipulato un contratto di credito («**il contratto di credito**») con la Banca per la durata di almeno 12 mesi;
2. abbiano richiesto l'adesione al contratto d'assicurazione collettivo si siano dichiarate d'accordo a pagare il premio mensile definito dalla Banca;
3. siano state indicate sul contratto di credito come prima persona sotto la rubrica "creditore";
4. abbiano almeno 18 anni e meno di 65 anni;
5. abbiano un impiego fisso e retribuito in Svizzera con un contratto indeterminato e in corso di validità e siano impiegate almeno 18 ore alla settimana presso lo stesso datore di lavoro (qui di seguito «**nel rapporto di lavoro retribuito**»);
6. abbiano la propria residenza o nella Svizzera, nel Principato di Liechtenstein, in Germania, in Francia o in Italia; e
7. non abbiano preso conoscenza di un licenziamento imminente dal rapporto di lavoro retribuito.

II. INIZIO DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa decorre:

- per la copertura secondo gli Art. IV e VI (incapacità totale al lavoro oppure incapacità totale al guadagno): alla data indicata sulla conferma d'assicurazione;
- per la copertura sulla base dell'Art. VIII (disoccupazione): 60 giorni dopo la data indicata sulla conferma d'assicurazione («**periodo di carenza**»).

Qualora la persona assicurata sostituisca un credito assicurato precedente (indipendentemente da quale assicuratore) con un nuovo credito oppure stipuli l'Assicurazione sulle rate, vale quanto segue:

1. Per il rischio "disoccupazione" viene a meno il periodo di carenza in riferimento alla rata di credito finora assicurata. Per l'ammontare dell'importo differente tra la rata assicurata dell'assicurazione precedente e la nuova assicurazione nonché le prestazioni aggiuntive dell'Assicurazione sulle rate Plus secondo gli Artt. IV.3 e VIII.3 sussiste un periodo di carenza di 60 giorni, qualora la rata assicurata dell'assicurazione nuova sia più alta.
2. Se il caso assicurato "disoccupazione" subentra entro il periodo di carenza, l'assicuratore versa le prestazioni per l'ammontare della rata assicurata rispettivamente più bassa, ovvero sulla base dell'assicurazione precedente oppure sulla base dell'assicurazione nuova.
3. Nell'assicurazione per incapacità totale al lavoro oppure incapacità totale al guadagno vale l'esclusione delle conseguenze di un'incapacità al lavoro o al guadagno già in essere oppure di 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, solo in riferimento all'importo differente tra la rata assicurata dell'assicurazione precedente e l'assicurazione nuova

(qualora la rata assicurata della nuova assicurazione sia quella più alta) nonché in riferimento alle prestazioni aggiuntive dell'Assicurazione sulle rate Plus sulla base degli Artt. IV. 3 e VIII.3.

III. FINE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

Fatte salve le possibilità di termine secondo l'art. XIII la copertura assicurativa viene concessa rispettivamente per il periodo di un mese e si proroga automaticamente per un altro mese fino a che subentra una delle seguenti scadenze:

- la data in cui termina in contratto di credito oppure il giorno in cui il conto presso la Banca viene conguagliato e saldato;
- la data in cui tutto l'importo del contratto di credito in quel momento ancora dovuto scade anzitempo, soprattutto in caso di disdetta a causa di mora, per fallimento o simili della persona assicurata;
- il 65° compleanno della persona assicurata;
- il giorno del pensionamento regolare oppure del pensionamento anticipato della persona assicurata;
- il giorno in cui l'assicuratore ha prestatato 27 contributi mensili per la copertura di incapacità al lavoro e/o disoccupazione;
- il giorno in cui l'assicuratore ha prestatato la prestazione assicurativa per l'incapacità totale al guadagno;
- 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 di termine della copertura assicurativa (sulla base dell'Art. XIII);
- il giorno del decesso della persona assicurata.

IV. PRESTAZIONI PER INCAPACITÀ TOTALE AL LAVORO

1. «**L'incapacità totale al lavoro**» (qui di seguito per un migliore leggibilità denominata anche «**incapacità al lavoro**») significa ogni sospensione momentanea del lavoro a causa di un'incapacità totale (100%) 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 più basso degli importi successivi: (a) una rata minima mensile definita nel contratto di credito, (b) l'importo di credito scoperto il 61° giorno dell'incapacità al lavoro oppure (c) max. CHF 2'500.- per mese. Se l'incapacità al lavoro dopo il 61° giorno continui per meno di un mese intero, l'assicuratore per ogni giorno dell'incapacità al lavoro continuativa paga 1/30 dell'importo dovuto sulla base della frase 2..
3. **Vale solo nella tariffa Assicurazione sulle Rate Plus:** Qualora la persona assicurata abbia diritto ad una prestazione sulla base dell'Art. IV.2, l'assicuratore oltre tale prestazione, che serve a garantire il contratto di credito, paga un importo di CHF 500.- mensili direttamente alla persona assicurata. Se l'incapacità al lavoro dopo il 61° giorno continui per meno di un mese intero, l'assicuratore per ogni giorno dell'incapacità al lavoro continuativa paga CHF 16,65.
4. Le prestazioni dell'assicuratore vengono erogate decorso un periodo d'attesa di 60 giorni susseguenti (dopo la determinazione dell'incapacità totale al lavoro) durante tutta la durata dell'incapacità al lavoro, al massimo però per 9 mesi per sinistro. Restano salve le scadenze concordate nell'Art. III.
5. Un'ulteriore incapacità al lavoro comporta - indipendentemente dalle cause - 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 incapacità al lavoro, il nuovo periodo di incapacità al lavoro viene considerato come continuazione del primo (nessun nuovo periodo di attesa; nessuna prestazione durante la durata della ripresa dell'attività). Per la prima e l'ulteriore incapacità al lavoro vengono erogate prestazioni durante complessivamente 9 mesi.
 - 5.2 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:

- 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;
- nei casi di tentato suicidio, lesioni personali per colpa grave, assunzione di droghe o medicinali non prescritti dal medico;
- la prestazione di servizio militare o simili;
- conseguenze di incidente o malattia subentranti a causa di azioni per colpa grave della persona assicurata, comprese le conseguenze di dipendenza grave o cronica da alcool;
- per malattie della colonna vertebrale oppure lesioni per incidente della stessa, qualora non sia possibile confermare le stesse con radiografie oppure l'imaging a risonanza magnetica (RMI);
- per AIDS oppure per le conseguenze dell'AIDS;
- incapacità al lavoro parziale: la stessa sussiste se la persona assicurata non sia in grado di esercitare l'impiego o l'attività consueta nella misura finora svolta, ma ancora in modo limitato (a ore);
- l'interruzione del lavoro insieme al congedo di maternità per legge;
- sospensione o incapacità al lavoro a causa di problemi psichici (comprese le depressioni), se gli stessi non vengano confermati da uno psichiatra domiciliato in Svizzera e riconosciuto;
- ogni aumento del credito durante il sinistro.

VI. PRESTAZIONI PER INCAPACITÀ TOTALE AL GUADAGNO

1. **«Incapacità totale al guadagno»** secondo la Legge federale su l'assicurazione per l'invalidità (LAI) rappresenta l'incapacità determinata e permanente - prevedibilmente ancora presente dopo cure ragionevolmente esigibili oppure la reintegrazione - della persona assicurata (subentrata a causa di malattia o incidente), a esercitare un lavoro retribuito. Deve essere subentrata entro 12 mesi dall'incidente o dall'inizio della malattia, raggiungere un grado di almeno 70% (individuato secondo le prescrizioni della LAI) ed essere stata confermata dai referti di due medici. L'assicuratore può chiedere a tal fine un esame eseguito da due medici indipendenti definiti dall'assicuratore. Inoltre la persona assicurata deve avere all'inizio della malattia oppure dell'incidente causa dell'incapacità totale al guadagno un rapporto di lavoro retribuito (come definito sotto l'Art. I.).
2. La prestazione dell'assicuratore viene versata un tantum. Corrisponde all'importo ancora aperto nel contratto di credito dopo un periodo d'attesa di 60 giorni dal momento della certificazione dell'incapacità totale al guadagno (Art. X), (detratte le rate già scadute e i relativi interessi di mora dovuti). Se sussistano dei dubbi motivati che l'incapacità al guadagno sia permanente, l'assicuratore può rifiutare il pagamento della prestazione d'assicurazione per un periodo di 12 mesi.
3. La prestazione dell'assicuratore è limitata al massimo a CHF 65'000.-.

VII. CASI DI ESCLUSIONI DELL'ASSICURAZIONE IN CASO DI INCAPACITÀ TOTALE AL GUADAGNO

Le prestazioni dell'assicuratore sono escluse nei seguenti casi:

- nei indicati nell'Art. V (incapacità totale al lavoro);
- durante un periodo di detenzione in carcere;
- L'incapacità totale al guadagno come conseguenza:
 - dell'esercizio dei seguenti tipi di sport: arti marziali (box, lotta, karate, judo ecc.), rivierrafing, canoa e kayak, immersione, l'arrampicarsi, paracadute e parapendio, l'equitazione, la caccia, le corse di ogni tipo (ad eccezione quella a piedi), sport invernali (ad eccezione dello sci, i pattini e la slitta);
 - il motociclismo come conducente o passeggero;
 - l'esercizio delle seguenti professioni: palombari, minatori, artista di circo, lavori con materie esplosive, ogni attività come sportivo professionista;
 - l'affrontare pericoli e rischi particolari ai sensi della legge d'assicurazione degli infortuni;
 - ogni tipo di voli, con l'eccezione come passeggero di un volo eseguito commercialmente in un aereo per passeggeri;
 - l'esecuzione di azioni penali dell'assicurato o di un terzo nel quale l'assicurato ha prestato assistenza;
 - radiazione ionizzante oppure contaminazione radioattiva.

VIII. PRESTAZIONI IN CASO DI DISOCCUPAZIONE

1. La **«disoccupazione»** significa l'interruzione totale e permanente del lavoro al causa del licenziamento dal un rapporto di lavoro retribuito, per il quale alla persona assicurata vengono versate prestazioni integrali di diaria da un'assicurazione pubblica di disoccupazione.
2. La prestazione dell'assicuratore viene versata mensilmente. Corrisponde all'importo più basso degli importi successivi: (a) la rata mensile definita nel contratto di credito, (b) l'importo di credito scoperto il 61° giorno di disoccupazione oppure (c) max. CHF 2'500.- per mese. Se la disoccupazione dopo il 61° giorno continui per meno di un mese intero, l'assicuratore per ogni giorno di disoccupazione continuativa paga 1/30 dell'importo dovuto secondo la frase 2.
3. **Vale solo nella tariffa Assicurazione sulle Rate Plus:** Qualora la persona assicurata abbia diritto ad una prestazione sulla base dell'Art. VIII.2,

l'assicuratore oltre tale prestazione, che serve a garantire il contratto di credito, paga un ulteriore importo di CHF 500.- mensili direttamente alla persona assicurata. Se la disoccupazione dopo il 61° giorno continui per meno di un mese intero, l'assicuratore per ogni giorno di disoccupazione continuativa paga CHF 16,65.

4. Se la persona assicurata percepisce già prestazioni assicurative a causa di incapacità al lavoro e inoltre diventi disoccupata, si continua 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.
5. Le prestazioni dell'assicuratore vengono erogate decorso un periodo d'attesa di 60 giorni susseguenti di disoccupazione durante tutta la durata della disoccupazione, al massimo però per 9 mesi per sinistro. Inoltre valgono le scadenze secondo l'Art. III.
6. Un ulteriore disoccupazione comporta solo un diritto d'assicurazione sulla base delle seguenti disposizioni:
 - 6.1 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 durante la durata della ripresa dell'attività). Per la prima e l'ulteriore disoccupazione vengono erogate prestazioni durante complessivamente 9 mesi.
 - 6.2 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.
7. **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.

IX. 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 60° giorno dopo l'inizio dell'assicurazione;
- disoccupazione non coperta dall'assicurazione contro la disoccupazione nonché disoccupazione parziale;
- un licenziamento del posto di lavoro già comunicato al momento dell'adesione della persona assicurata al contratto d'assicurazione collettivo oppure una disoccupazione esistente al momento della sottoscrizione del contratto di credito;
- sciopero o disoccupazione volontaria;
- termine di contratto di lavoro temporaneo oppure di un progetto di lavoro specifico;
- licenziamento che viene comunicato alla persona assicurata durante un periodo di prova, di apprendimento 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;
- ogni aumento del credito durante il sinistro.
- 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 60 giorni. Se il nuovo datore di lavoro disdice il nuovo rapporto di lavoro entro tale periodo di carenza, non sussiste copertura assicurativa.

X. 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 poi deve essere trasmesso all'assicuratore (vedi l'indirizzo alla fine del presente Art. 10). Per la verifica di un obbligo alla prestazione l'assicuratore può chiedere tutti i certificati che lui ritenga 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 dia 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 incapacità totale al guadagno

- certificato o referto medico che dia 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 totale al guadagno secondo l'Art. VI.1;
- 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 notifica e rivendicazione del sussidio di disoccupazione presso una Cassa di disoccupazione;
- copie dei computi mensili circa i versamenti delle prestazioni dalla Cassa di disoccupazione;

i referti o certificati medici devono essere stati rilasciati in tutti i casi da un medico di base della Svizzera, della Francia, dell'Italia, della Germania oppure del Principato di Liechtenstein. 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 a 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 documentazione sopra menzionata ovvero ad integrazione richiesta deve essere inviata immediatamente nel caso di un evento assicurato al seguente indirizzo:

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

XI. MODIFICHE DEI PREMI OPPURE DEI CGA / COMUNICAZIONI

1. L'assicuratore può chiedere sia per rischi in essere come anche per rischi nuovi in ogni momento 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 se siano state trasmesse all'ultimo indirizzo di domicilio reso noto all'assicuratore o alla Banca.
2. Se la persona assicurata non sia 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.

XII. PREMIO

1. La Banca come contraente e debitrice de 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 insieme alle rate mensili del credito e l'imposta di registro federale.
2. Il primo premio scade il giorno di inizio dell'assicurazione, i premi successivi nei mesi seguenti, rispettivamente insieme alle rate mensili di credito relative al contratto di credito.
3. Il premio è un premio mensile. 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 collettivo d'assicurazione.

XIII. TERMINE / MORA NEL PAGAMENTO

1. La persona assicurata può terminare l'assicurazione comunicandolo per iscritto alla Banca alle mani 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 integralmente restituito.
2. Dopo i primi 30 giorni la persona assicurata può terminare la copertura assicurativa con comunicazione scritta alla Banca alle mani dell'assicuratore rispettando un termine di almeno 30 giorni alla fine del mese. Nel caso di una tale disdetta la copertura assicurativa terminerà alla fine del rispettivo mese.

3. L'assicuratore e la Banca si riservano il diritto di terminare la copertura assicurativa per iscritto rispettando un termine di almeno 30 giorni alla fine del mese (notifica in base all'art. XI.1 ultima frase).
4. Se il premio dovuto dalla persona assicurata non viene pagata in tempo alla scadenza secondo l'Art. XII.2, la Banca ha il diritto di richiedere per iscritto 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.

XIV. EROGAZIONE DELLA PRESTAZIONE E CESSIONE

L'assicuratore eroga le prestazioni assicurative alla Banca. A tale scopo la persona assicurata con la presente cede il proprio diritto a tutte le prestazioni d'assicurazione nei confronti dell'assicuratore alla Banca. Le prestazioni assicurative vengono accreditate sul conto ivi istituito della persona assicurata; il suo debito residuo dal contratto di credito pertanto viene estinto rispettivamente nella misura delle prestazioni dell'assicuratore alla Banca. Ciò non vale per le prestazioni secondo l'Art. IV.3 e VIII.3 che vengono direttamente versate alla persona assicurata.

XV. VALORE DI RISCATTO E DI TRASFORMAZIONE

L'assicurazione non ha nessun valore di riscatto o di trasformazione.

XVI. RICORSO (DIFENSORE CIVICO)

Se la persona assicurata è insoddisfatta delle prestazioni erogate, può rivolgersi in qualsiasi momento all'assicuratore. Se non è possibile trovare una soluzione soddisfacente, la persona assicurata si può rivolgere al Difensore civico (Ombudsmann) delle assicurazioni:

Ombudsmann per le assicurazioni private e la Suva

Svizzera tedesca (sede centrale)

In Gassen 14, Casella postale 181, 8022 Zurigo
Tel. 044 211 30 90 / help@versicherungsombudsman.ch

Svizzera francofona:

Ch. des Trois-Rois 2, Case postale 5843, 1002 Lausanne
Tel. 021 317 52 71 / help@ombudsman-assurance.ch

Svizzera italofona:

Via G. Pocobelli 8, Casella Postale, 6903 Lugano
Tel. 091 967 1783 / help@ombudsman-assicurazione.ch

Il Difensore civico verifica il ricorso e cerca di mediare tra le parti. Resta salva la possibilità di procedere per le vie legali.

XVII. PRIVACY

La AXA elabora i dati provenienti dalla documentazione d'assicurazione e l'elaborazione del contratto e li utilizza innanzitutto per determinare i premi, per la definizione del rischio, l'amministrazione del contratto e l'elaborazione di casi assicurati, La AXA può pertanto coinvolgere società madri, affiliate e altre società dello stesso gruppo industriale ovvero sedi secondarie in altri paesi dello Spazio economico europeo nonché della Svizzera. I dati delle persone assicurate possono essere trasmessi per l'elaborazione dell'assicurazione alla AXA, la sede centrale nonché a società madri, affiliate e altre società dello stesso gruppo industriale ovvero sedi secondarie in altri paesi dello Spazio economico europeo nonché della Svizzera. Inoltre i dati della persona assicurata possono essere trasmessi in caso di sinistro insieme alla relativa corrispondenza alla Banca come contraente avente diritto alla prestazione. 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.

XVIII. DIRITTO APPLICABILE

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

XIX. FORO COMPETENTE

Come foro competente a scelta della persona assicurata sono a disposizione: Winterthur come sede dell'assicuratore oppure la residenza svizzera della persona assicurata.