

Condizioni Generali d'Assicurazione (CGA) «Helvetia Income Protect» 2023

Assicurazione a copertura dei rischi incapacità di guadagno e disoccupazione

1 Basi dell'assicurazione

1.1 Basi contrattuali

Costituiscono le basi del contratto d'assicurazione:

- la proposta d'assicurazione;
- la polizza d'assicurazione;
- le informazioni per i clienti;
- le Condizioni Generali d'Assicurazione «Helvetia Income Protect» (CGA);
- altre dichiarazioni firmate dallo stipulante, come ad es. l'autorizzazione di addebito (LSV/DD), ecc.;
- in forma sussidiaria le disposizioni della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA).

Ai fini di una maggiore chiarezza e semplicità di lettura del testo si è deciso di adottare la forma maschile, da considerarsi sempre estesa a entrambi i sessi.

1.2 Rapporto d'assicurazione e parti coinvolte

Nell'ambito delle assicurazioni individuali, l'Helvetia Assicurazioni, costituita dall'Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni sulla Vita SA nonché dall'Helvetia Compagnia Svizzera d'Assicurazioni SA (di seguito denominate comunemente Helvetia) assicurano le persone contro i rischi d'incapacità di guadagno e disoccupazione in conformità alla polizza assicurativa. La presente assicurazione è stipulata su base volontaria e i relativi versamenti mensili sono erogati indipendentemente da altre prestazioni assicurative.

1.3 Condizioni generali d'assicurazione

Le presenti CGA espongono i diritti e doveri dello stipulante. In particolare definiscono in modo esaustivo i diritti a percepire prestazioni in conformità alla polizza assicurativa in seguito a incapacità di guadagno e disoccupazione della persona assicurata.

2 Modalità dell'assicurazione

2.1 Stipulante e persona assicurata

È considerato stipulante o persona assicurata una persona fisica esercitante un'attività lucrativa dipendente con domicilio in Svizzera che conclude la presente assicurazione su base volontaria entro i limiti dell'età d'entrata e dell'età termine e che ha ricevuto una corrispondente polizza d'assicurazione.

2.2 Stipula dell'assicurazione

La stipula della presente assicurazione avviene nel momento in cui si appongono data e firma alla proposta dell'assicurazione e si riceve la polizza d'assicurazione.

L'Helvetia può rifiutare, senza motivarne la ragione, la stipula della presente assicurazione.

2.3 Età d'entrata ed età termine

La presente assicurazione inizia non prima del compimento del 18° anno di vita e al più tardi il giorno del compimento del 60° anno di vita (età d'entrata). Il rapporto d'assicurazione dura al massimo fino al giorno del compimento del 65° anno d'età (età termine).

2.4 Inizio e durata della copertura assicurativa

Con l'accettazione della proposta il presente contratto d'assicurazione entra in vigore e allo stipulante sarà consegnata una polizza d'assicurazione. La copertura assicurativa è valida a partire dalla data riportata nella polizza d'assicurazione. L'assicurazione viene stipulata a tempo indeterminato.

L'Helvetia offre una copertura assicurativa ed è tenuta a fornire le prestazioni spettanti di diritto solo nella misura in cui, così facendo, non venga violata alcuna sanzione o limitazione sancita dalle risoluzioni ONU, né alcuna sanzione commerciale o economica comminata dalla Svizzera, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America.

2.5 Termine della copertura d'assicurazione

La copertura assicurativa cessa con la disdetta della presente assicurazione da parte dello stipulante in base a quanto definito alla cifra 6.

Senza disdetta la copertura assicurativa si estingue nei seguenti casi:

- a) il giorno successivo al compimento del 65° anno di età;
- b) con il decesso della persona assicurata;
- c) con l'abbandono dell'attività lucrativa dipendente (ad es. anche in caso di passaggio a un'attività lucrativa indipendente);
- d) con il trasferimento del domicilio dello stipulante dalla Svizzera;
- e) con il pensionamento ordinario o anticipato;
- f) con il raggiungimento della durata massima di prestazione in conformità alla polizza assicurativa (cfr. cifra 3.4).

In riferimento ai casi sopraindicati ad eccezione delle lettere a) e f) lo stipulante, o in caso di suo decesso le persone aventi diritto è/sono obbligato/i a inoltrare tutte le informazioni pertinenti.

3 Prestazioni assicurative

3.1 Prestazioni in caso d'incapacità di guadagno

3.1.1 Diritto in caso d'incapacità di guadagno

Il diritto a fruire dei versamenti mensili in caso d'incapacità di guadagno sussiste non appena la persona assicurata a causa di un pregiudizio alla salute (malattia o infortunio) è al 100% incapace di svolgere, nella propria usuale professione o sfera di competenza, un'attività lavorativa ragionevolmente esigibile.

Il diritto a fruire delle prestazioni mensili derivanti dalla polizza d'assicurazione sussiste nel momento in cui, nell'ambito della copertura assicurativa in essere, la persona assicurata durante e dopo la scadenza del termine d'attesa in conformità alla polizza assicurativa, in base a documentazione medica prodotta da un medico praticante in Svizzera, senza interruzione, risulta incapace al guadagno al 100% e sotto trattamento medico. Un'incapacità di guadagno documentata da un medico inferiore al 100% non comporta alcun diritto a prestazioni assicurative.

Il termine d'attesa in conformità alla polizza assicurativa decorre dal giorno in cui la persona assicurata, in relazione alla malattia o all'infortunio che causa l'incapacità di guadagno, consulta per la prima volta un medico praticante in Svizzera e questi attesta un grado d'incapacità di guadagno del 100%. Un'incapacità di guadagno attestata retroattivamente non ha alcun effetto.

Allo scadere del termine d'attesa durante un mese civile già iniziato, il diritto a fruire della prestazione sussiste a partire dal primo giorno del mese assicurativo che segue la fine del termine d'attesa convenuto. Le prestazioni per eventuali mesi seguenti saranno corrisposte solo dopo un mese civile d'incapacità di guadagno continua, altrimenti non viene più erogata alcuna prestazione.

3.1.2 Diritto in caso di incapacità di guadagno ripetuta

In caso di ricaduta risp. di ripetuta incapacità di guadagno al 100% riconducibile ai disturbi pregressi, e che si verifica entro tre mesi civili dalla fine di un'incapacità di guadagno totale già notificata e presa a carico come sinistro, non sarà calcolato un nuovo termine d'attesa. Un'ulteriore incapacità di guadagno dopo tre mesi civili è considerata un nuovo caso di sinistro con un nuovo termine d'attesa.

3.1.3 Durata dell'erogazione delle prestazioni in caso d'incapacità di guadagno

Nell'ambito dell'incapacità di guadagno protratta attestata da certificato medico e della copertura assicurativa in essere, l'Helvetia fornisce in conformità alla polizza assicurativa per ciascun sinistro i versamenti mensili per incapacità di guadagno durante il

periodo di versamento delle prestazioni, al massimo fino al raggiungimento dell'età termine.

3.1.4 Nessun diritto a prestazioni in caso d'incapacità di guadagno

I versamenti mensili in caso d'incapacità di guadagno non vengono corrisposti

- a un pregiudizio alla salute (malattia o infortunio) a causa del quale, al momento della sottoscrizione della proposta d'assicurazione, la persona assicurata è totalmente incapace di svolgere, nella propria usuale professione o sfera di competenza, un'attività lavorativa ragionevolmente esigibile;
- a una malattia o un infortunio nei primi 24 mesi che seguono l'inizio dell'assicurazione per cui la persona negli ultimi 12 mesi precedenti la firma della proposta d'assicurazione per il presente contratto risp. al momento della firma della stessa, ha dovuto ricorrere ad un esame e/o a un trattamento o ad un controllo medico regolare o assentarsi dal suo posto di lavoro;
- a un'incapacità di guadagno provocata e causata intenzionalmente (tra l'altro per autolesione);
- ad azioni militari all'estero, eventi bellici, guerre civili, disordini, attacchi terroristici, sabotaggi o attentati, qualora la persona assicurata vi abbia preso attivamente parte;
- alla partecipazione attiva ad azioni e attività illegali o criminose;
- alla pratica di sport professionali; all'allenamento e alla partecipazione ad attività sportive che comportano l'utilizzo di un apparecchio a motore; alla pratica di pugilato; immersione (con profondità superiore a 40m); parapendio o deltaplano; paracadutismo; base jumping; corse ippiche; arrampicata (di grado superiore a VI, scala UIAA); canyoning e vela d'altura;
- a disturbi di natura psichica (ad es. depressione), purché non siano stati accertati e trattati da un medico operante in Svizzera, specialista in psichiatria, o per i quali la persona assicurata non si sia dovuta ricoverare in ospedale, in una casa di cura, in una clinica, ecc. in Svizzera per sottoporsi ad un trattamento duraturo;
- a incidenti causati sotto l'effetto di stupefacenti nonché causati o provocati in stato di ebbrezza, in presenza di un tasso alcolemico pari o superiore ai livelli consentiti dalla legge per la guida di un veicolo;
- all'assunzione o iniezione di farmaci, stupefacenti e sostanze chimiche non prescritti dal medico e abuso di alcol;
- contaminazione radioattiva non dovuta a motivi professionali.

3.2 Prestazioni in caso di disoccupazione

3.2.1 Diritto in caso di disoccupazione per persone con attività lucrativa dipendente

È considerata disoccupazione la perdita totale e non imputabile del posto di lavoro che prevedeva un orario lavorativo della persona assicurata di almeno 30 ore settimanali e per il quale le vengono erogate le indennità di disoccupazione totali previste dall'Assicurazione federale contro la disoccupazione (AD).

Il diritto a fruire dei versamenti mensili in conformità alla polizza assicurativa sussiste nel momento in cui, nell'ambito della copertura assicurativa in essere, la persona assicurata durante e dopo la scadenza del termine d'attesa in conformità alla polizza assicurativa risulti disoccupata al 100% ai sensi dell'AD.

Il termine d'attesa in conformità alla polizza assicurativa inizia solo a partire dalla data di decorrenza del diritto alla prestazione della persona assicurata nell'ambito dell'AD. Allo scadere del termine d'attesa durante un mese civile già iniziato, il diritto a fruire della prestazione sussiste a partire dal primo giorno del mese assicurativo che segue la fine del termine d'attesa convenuto. Le prestazioni per eventuali mesi seguenti saranno corrisposte solo dopo un mese civile di disoccupazione continua, altrimenti non viene più erogata alcuna prestazione.

La persona assicurata potrà fruire delle prestazioni mensili solo se adempie cumulativamente le seguenti condizioni:

- al momento della comunicazione dello scioglimento del/dei rapporto/i di lavoro era impiegata da almeno 12 mesi con un contratto di lavoro a tempo indeterminato che prevedeva un orario lavorativo di almeno 30 ore settimanali;
- è attivamente alla ricerca di un rapporto di lavoro;

3.2.2 Periodo di aspettativa

Le disdette del rapporto di lavoro comunicate entro i primi sei mesi civili a partire dal primo giorno dopo la data di inizio dell'assicurazione, non comportano alcun diritto a prestazioni assicurative.

3.2.3 Diritto in caso di disoccupazione ripetuta

Una disoccupazione ripetuta dovuta a un licenziamento non imputabile a colpa propria e verificatasi entro tre mesi civili dall'inizio del nuovo rapporto di lavoro e dopo la liquidazione del sinistro, non è considerata un nuovo sinistro e pertanto non fa scattare un nuovo termine d'attesa. Un'ulteriore disoccupazione dopo i tre mesi civili è considerata un nuovo caso di sinistro con un nuovo termine d'attesa.

Per poter far valere un ulteriore diritto a versamenti mensili in caso di disoccupazione, la persona assicurata a seguito della liquidazione del sinistro deve essere stata impiegata per almeno 6 mesi civili ininterrotti in un nuovo rapporto di lavoro a tempo indeterminato che prevedeva un orario lavorativo di almeno 30 ore settimanali.

3.2.4 Durata della corresponsione delle prestazioni di disoccupazione

Nell'ambito della disoccupazione protratta e comprovata e della copertura assicurativa in essere, l'Helvetia eroga per ciascun sinistro i versamenti mensili in caso di disoccupazione al massimo durante il periodo di versamento delle prestazioni in conformità alla polizza assicurativa, al massimo fino al raggiungimento dell'età termine.

3.2.5 Nessun diritto a prestazioni in caso di disoccupazione

I versamenti mensili in caso di disoccupazione non vengono corrisposti

- se non ci si attiene ai regolamenti e alle prescrizioni di controllo dell'Ufficio regionale di collocamento competente (URC) e se le indennità di disoccupazione vengono ridotte con più di 15 giorni di sospensione. Nel caso in cui i giorni di sospensione ammontino a meno di 16 non viene erogata unicamente la prestazione mensile corrispondente. Qualora le indennità giornaliere vengano ridotte di meno di 16 giorni di sospensione durante il termine d'attesa, quest'ultimo viene prolungato del numero di mesi con i giorni di sospensione decretati. Sono esclusi i giorni d'attesa ordinari all'inizio della disoccupazione;
- se la disoccupazione si verifica nei primi 24 mesi dall'inizio dell'assicurazione e la persona assicurata prima risp. al momento della firma della proposta d'assicurazione (i) non era impiegata da almeno 12 mesi con un orario lavorativo di almeno 30 ore settimanali o (ii) si trovava in un rapporto di lavoro a tempo determinato o disdetto o era prossima al pensionamento anticipato;
- in seguito a licenziamento del rapporto di lavoro comunicato prima della sottoscrizione della proposta d'assicurazione o di stato di disoccupazione sussistente al momento della sottoscrizione della proposta d'assicurazione;
- qualora non si sia occupati per colpa propria, per esempio in seguito allo scioglimento del rapporto di lavoro da parte del dipendente, risp. della persona assicurata;
- in seguito a regolare scadenza o risoluzione anticipata di contratti di lavoro a tempo determinato, stagionali o a progetto nell'ambito del lavoro interinale;
- se l'Assicurazione contro la disoccupazione (AD) per il mese in questione non eroga indennità giornaliere a causa di un guadagno intermedio;
- per la quale non sussiste alcun diritto alla riscossione ad indennità giornaliere ai sensi dell'Assicurazione contro la disoccupazione (AD) in Svizzera (ad es. in caso di disoccupazione conseguente alla perdita dell'attività lucrativa indipendente), risp. se i diritti derivanti dall'AD sussistono solo sotto forma di assegni;
- in seguito a pensionamento ordinario o anticipato.

3.3 Coordinamento delle prestazioni

Le prestazioni assicurative per incapacità di guadagno e disoccupazione nello stesso periodo temporale non possono essere cumulate, ma vengono erogate solo in forma alternativa.

3.4 Prestazione massima

In caso di ripetuta incapacità di guadagno e/o disoccupazione le prestazioni derivanti dal presente contratto d'assicurazione vengono erogate per un massimo di 12 mesi. Le prestazioni in seguito a disoccupazione e incapacità di guadagno vengono sommate.

4 Diritto alle prestazioni e pagamento del premio

4.1 Diritto alle prestazioni

Le prestazioni assicurative vengono versate esclusivamente e direttamente dall'Helvetia allo stipulante.

4.2 Inalienabilità dei diritti

Prima della loro esigibilità le prestazioni derivanti dalla presente assicurazione non possono né essere costituite in pegno, né cedute dallo stipulante.

4.3 Pagamento del premio

I premi assicurativi (incl. la tassa di bollo) vanno versati mensilmente e in anticipo. Saranno riscossi mensilmente, tramite addebitamento diretto (LSV/DD) sul conto dello stipulante, a favore dell'Helvetia. Lo stipulante è tenuto a provvedere che il saldo del conto da lui indicato per l'addebito LSV/DD sia sufficiente a coprire il premio che altrimenti non potrà essere riscosso.

I premi assicurativi sono dovuti anche nel caso in cui sia in corso un caso di prestazione.

4.4 Conseguenze di mora

Se il premio assicurativo maturato non può essere riscosso alla scadenza prevista tramite LSV/DD (ad es. in caso di saldo del conto insufficiente, prelevamento insoluto) lo stipulante è diffidato e gli viene assegnato un termine supplementare. In caso di mancato pagamento entro il termine di diffida la copertura d'assicurazione si estingue e l'Helvetia scioglierà la presente assicurazione con effetto immediato.

4.5 Compensazione degli arretrati

Se dovesse essere impossibilitata a riscuotere eventuali premi assicurativi maturati durante un caso di prestazione in corso, l'Helvetia compensa i premi assicurativi arretrati con il diritto alle prestazioni dello stipulante. Non appena il caso assicurativo è portato a termine, risp. se al momento della scadenza del premio non sussiste alcun diritto a prestazioni per altri motivi, l'addebito dei premi è effettuato di nuovo automaticamente tramite LSV/DD.

4.6 Modifica della tariffa dei premi

Se i premi tariffari subiscono delle modifiche l'Helvetia può chiedere l'adeguamento dei premi relativi al presente contratto a partire dal primo giorno del mese civile seguente. A tale scopo l'Helvetia comunica allo stipulante il nuovo premio al più tardi due mesi civili prima dell'entrata in vigore dell'aumento dei premi.

In seguito alla comunicazione della modifica da parte dell'Helvetia lo stipulante ha il diritto di disdire il presente contratto d'assicurazione.

Se entro un termine di 30 giorni dalla comunicazione della modifica del premio da parte dell'Helvetia allo stipulante non viene comunicata nessuna disdetta, l'adeguamento del contratto sarà considerato approvato.

Durante il periodo di erogazione di prestazioni non avrà luogo nessun adeguamento dei premi. Un adeguamento dei premi comunicato ha effetto il primo mese civile che segue la fine del caso di prestazione.

4.7 Partecipazione alle eccedenze

Allo stipulante non viene corrisposta alcuna partecipazione alle eccedenze.

4.8 Numero di contratti assicurativi in essere

Lo stipulante può disporre al massimo di un unico contratto in essere per la presente assicurazione. Se nonostante ciò lo stipulante dovesse aver concluso più contratti per la presente assicurazione, l'Helvetia eroga una sola volta la prestazione assicurativa, ossia le prestazioni assicurative derivanti da più contratti per la presente assicurazione non possono essere cumulate.

5 Sinistri

5.1 Obblighi in caso di sinistro

Tutti i sinistri vanno immediatamente comunicati al service provider dell'Helvetia incaricato dell'amministrazione dei sinistri:

Financial & Employee Benefits Services (febs) SA
casella postale 1763, 8401 Winterthur,
Telefono: 052 266 02 96, Fax: 052 266 02 01,
E-mail: hip@febs.ch

Il service provider dell'Helvetia inoltrerà allo stipulante il corrispondente modulo di notifica del sinistro.

Assieme al modulo firmato, occorre inoltrare tempestivamente anche la documentazione necessaria per la valutazione e la verifica della legittimità del diritto alle prestazioni assicurative.

5.2 Verifica del diritto alle prestazioni assicurative

Per poter valutare la legittimità del diritto alle prestazioni, vanno obbligatoriamente trasmessi all'Helvetia o al service provider incaricato i seguenti documenti:

- il modulo di notifica del sinistro compilato in ogni sua parte
- in caso di incapacità di guadagno: certificato medico in merito alle cause e alle caratteristiche della malattia o delle conseguenze dell'infortunio (certificato medico/cartelle cliniche, diagnosi, ecc.), al grado e alla presunta durata (prognosi) dell'incapacità di guadagno. Ogni mese va presentato un nuovo certificato medico o la documentazione attestante il prolungamento dell'incapacità di guadagno.
- in caso di disoccupazione: copia del contratto di lavoro e della lettera di licenziamento del datore di lavoro, da cui risulti la data della comunicazione del licenziamento e della fine del rapporto di lavoro; il documento attestante l'avvenuta iscrizione in veste di disoccupato presso l'Ufficio regionale di collocamento responsabile (URC) nonché un documento che attesti i pagamenti e conteggi ininterrotti delle indennità di disoccupazione in base alle disposizioni dell'AD.

Si potrà procedere al regolamento di un sinistro solo qualora la documentazione sia completa e plausibile. La prestazione assicurativa viene corrisposta unicamente se sono stati presentati tutti i documenti necessari per la verifica e la valutazione del diritto alla prestazione e se il diritto viene riconosciuto. Le spese derivanti da suddette verifiche sono a carico dello stipulante.

L'Helvetia è inoltre autorizzata a richiedere o a procurarsi a proprie spese ulteriori documentazioni e informazioni necessarie nonché a far visitare la persona assicurata in qualsiasi momento da un medico di fiducia. L'Helvetia, risp. il service provider da essa incaricato ha il diritto di contattare direttamente i medici curanti coinvolti nel caso.

5.3 Obbligo di collaborare e di limitare il danno

Nell'ambito dell'obbligo di collaborare e di limitare il danno secondo il punto 5.2, lo stipulante è tenuto ad autorizzare l'Helvetia, risp. il service provider da essa incaricato a

- a richiedere presso ospedali, medici, datori di lavoro, enti pubblici, compagnie e istituti d'assicurazione e terzi tutte le informazioni e gli atti necessari e a esonerare tali persone e istituzioni dal loro obbligo del segreto;
- comunicare immediatamente qualsiasi informazione riguardante lo stato di salute precedente e attuale e il decorso della malattia o dell'infortunio.

Se lo stipulante non ottempera a uno di questi obblighi, il diritto alle prestazioni decade e l'Helvetia sarà autorizzata a rifiutare l'erogazione delle prestazioni.

5.4 Versamento delle prestazioni

Lo stipulante ha l'obbligo di indicare all'Helvetia un conto in Svizzera su cui l'Helvetia possa versare le prestazioni assicurative.

6 Disdetta

Lo stipulante è autorizzato a disdire la presente assicurazione in qualsiasi momento senza dare alcuna motivazione in merito e rispettando un termine di disdetta di 30 giorni per la fine di un mese civile. La disdetta deve essere comunicata per iscritto e inviata per posta o per e-mail all'indirizzo indicato a cifra 5.1. La presente assicurazione cessa il proprio effetto alla fine del mese civile successivo alla disdetta.

Se lo stipulante revoca la presente assicurazione durante il periodo in cui gli vengono erogate delle prestazioni, l'obbligo dell'Helvetia a fornire prestazioni cessa alla scadenza del termine di disdetta.

7 Disposizioni particolari

7.1 Diritto di revoca

Lo stipulante può revocare la presente assicurazione per iscritto, per posta o per e-mail all'indirizzo indicato a cifra 5.1 entro 14 giorni dalla data indicata nella polizza, senza incorrere in conseguenze finanziarie. Tale principio vale anche nel caso in cui la presente assicurazione fosse nel frattempo stata confermata dall'Helvetia.

7.2 Cessione a terzi

Lo stipulante prende atto e si dichiara d'accordo con il fatto che l'Helvetia può cedere a terzi esterni, in particolare alla Financial & Employee Benefits Services (febs) SA, determinati servizi e o l'esecuzione di determinate attività nell'ambito della presente assicurazione.

7.3 Protezione dei dati

Nel rispetto della protezione dei dati, l'Helvetia e i terzi da essa incaricati, sono autorizzati a raccogliere ed elaborare i dati necessari alla gestione del contratto e all'evasione del sinistro presso soggetti terzi.

Lo stipulante, risp. la persona assicurata può richiedere in qualsiasi momento la comunicazione o una rettifica delle informazioni che la riguardano. Si garantisce la tutela degli interessi privati degni di protezione della persona assicurata, così come degli interessi pubblici preponderanti.

I dati personali che vengono forniti per l'elaborazione della presente assicurazione e quelli da presentare inerenti ad un caso di prestazione, vengono gestiti dall'Helvetia risp. dai terzi da essa incaricati esclusivamente ai fini della stipula e dell'amministrazione dell'assicurazione nonché del trattamento e dell'evasione dei sinistri. L'Helvetia risp. i terzi da essa incaricati sono autorizzati a scambiare, elaborare e trasmettere le informazioni e i dati necessari. Se necessario, essi vengono trasmessi a terzi coinvolti, in particolare a co- e riassicuratori e ad altri assicuratori interessati, nonché a tribunali, autorità e uffici pubblici. La protezione dei dati è regolamentata inoltre dai principi sanciti dalla legge svizzera sulla protezione dei dati (RS 235.1). Ulteriori informazioni e aggiornamenti sull'elaborazione dei dati sono disponibili su www.helvetia.ch/protezionedeidati.

7.4 Comunicazioni e notifiche

Le comunicazioni inerenti al rapporto assicurativo devono sempre comunicata per iscritto e inviata per posta o per e-mail all'indirizzo indicato a cifra 5.1. L'Helvetia declina ogni responsabilità per danni in relazione all'utilizzo di canali di comunicazione per quanto non risultino delle irregolarità da parte dell'Helvetia. Le informazioni sui rischi della comunicazione digitale sono disponibili su www.helvetia.ch/protezionedeidati. Le comunicazioni destinate all'Helvetia acquistano validità non appena la Financial & Employee Benefits Services (febs) SA o l'Helvetia ne accusa ricevimento. Le comunicazioni destinate allo stipulante acquistano validità a decorrere dalla consegna di queste ultime all'ultimo indirizzo noto dello stipulante stesso.

7.5 Imposte

Le prestazioni d'assicurazione devono essere tassate in conformità alle disposizioni di legge applicabili e sono a carico dello stipulante.

7.6 Foro competente e diritto applicabile

La presente assicurazione è retta esclusivamente dal diritto svizzero. In caso di controversie, sarà competente esclusivamente il foro della località svizzera in cui risiede lo stipulante o si trova la sede dell'assicuratore.