



**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
“PROTEZIONE NUCLEO FAMILIARE”
POLIZZA 351021**

**CONTRATTO DI ASSICURAZIONE
COMPRESIVO DEL GLOSSARIO
E DELL’INFORMATIVA SULLA PRIVACY**

**PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO
DOCUMENTO REDATTO SULLA BASE DELLE LINEE GUIDA “CONTRATTI SEMPLICI E CHIARI”**

**contratto di assicurazione per
l’assistenza sanitaria**

edizione 12/2021



Inter Partner Assistance S.A.
Compagnia di Assicurazioni e Riassicurazioni
Rappresentanza Generale per l’Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 Roma - Tel.06/42118.1
Sede legale Bruxelles - Avenue Louise 166 - Capitale sociale € 61.702.613 interamente versato - Gruppo AXA Partners
N. Iscrizione all’Albo Imprese di Assicurazioni e Riassicurazioni I.00014 - Autorizzazione Ministeriale n. 19662 del 19.10.1993
Registro delle Imprese di Roma RM - Numero REA 792129 - Part. I.V.A. 04673941003 - Cod. Fisc. 03420940151



INDICE

GLOSSARIO	3
NORME CHE REGOLANO I RAPPORTI CON IL CONTRAENTE	4
NORME CHE REGOLANO I RAPPORTI CON L'ASSICURATO	8
COSA È ASSICURATO	10
COSA NON È ASSICURATO	13
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	14
INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI	15

GLOSSARIO

<u>Assicurato:</u>	Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione, ovvero persona fisica, e i suoi familiari, residente in Italia, che abbia in essere un'utenza gas e/o energia elettrica con IREN MERCATO a servizio della propria Abitazione.
<u>Assistenza:</u>	l'aiuto tempestivo, in denaro o in natura, fornito all'Assicurato che si trovi in difficoltà a seguito del verificarsi di un sinistro, tramite la Centrale Operativa della INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia
<u>Centrale Operativa:</u>	la struttura organizzativa della INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia - Via Carlo Pesenti 121 - 00156 – Roma costituita da risorse umane ed attrezzature, in funzione 24 ore su 24 e tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato, organizzare gli interventi sul posto ed erogare, con costi a carico della Società, le prestazioni di assistenza previste in Polizza.
<u>Contraente:</u>	Iren Mercato S.p.A.
<u>Domicilio:</u>	il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi come risultante da certificato anagrafico.
<u>Day hospital:</u>	la degenza non comportante pernottamento, ma documentata da cartella clinica, presso una struttura sanitaria autorizzata avente posti letto dedicati alla degenza.
<u>Estero:</u>	tutti i Paesi del Mondo esclusa l'Italia.
<u>Familiare:</u>	la persona legata da vincolo di parentela con l'Assicurato (coniuge, figli, padre, madre, fratelli, sorelle, nonni, suoceri, generi, nuore, cognati, zii, cugini, nipoti) e da persone con lui stabilmente conviventi così come risultante dallo stato di famiglia.
<u>Inabilità temporanea (IT):</u>	la temporanea incapacità fisica, totale o parziale, di attendere alle proprie occupazioni.
<u>Infortunio:</u>	il sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza la morte, un'invalità permanente o un'inabilità temporanea.
<u>Istituto di cura:</u>	l'istituto universitario, ospedale, casa di cura, day hospital, poliambulatorio diagnostico e/o terapeutico, regolarmente autorizzati per diagnosi e cure. Non sono convenzionalmente considerate strutture sanitarie per diagnosi e cure: gli stabilimenti termali, quelle con finalità prevalentemente dietologiche, per il benessere della persona, riabilitative, per convalescenza, lungo degenza o soggiorni, le strutture per anziani.
<u>Italia:</u>	il territorio della Repubblica Italiana, la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.
<u>Malattia:</u>	ogni riscontrabile alterazione dello stato di salute non dovuta ad infortunio:
<u>- improvvisa:</u>	la malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato;
<u>- preesistente:</u>	la malattia che sia l'espressione o la conseguenza diretta di situazioni patologiche croniche o preesistenti alla sottoscrizione dell'assicurazione.
<u>Massimale:</u>	la somma massima, stabilita nella Polizza, garantita dalla Società in caso di sinistro.
<u>Polizza:</u>	il documento che prova il contratto di assicurazione.
<u>Premio:</u>	la somma dovuta dal Contraente alla Società.
<u>Residenza:</u>	il luogo, nel paese di origine, dove l'Assicurato ha stabilito la sua dimora come risultante da certificato anagrafico.
<u>Ricovero/degenza:</u>	la permanenza in istituti di cura, regolarmente autorizzati per l'erogazione dell'assistenza ospedaliera, che contempli almeno un pernottamento, ovvero la permanenza diurna in day hospital.
<u>Sinistro:</u>	il verificarsi dell'evento dannoso, futuro ed incerto, per il quale è prestata l'assicurazione.

Società:

INTER PARTNER ASSISTANCE S.A. Rappresentanza generale per l'Italia – Via Carlo
Pesenti 121 - 00156 – Roma

NORME CHE REGOLANO I RAPPORTI CON IL CONTRAENTE

Premesso:

- che il Contraente intende stipulare una Polizza in favore dei propri Clienti. Si specifica che la copertura Assicurativa sarà offerta dal Contraente ai suoi Clienti a titolo gratuito
- che tutte le Prestazioni oggetto della presente Polizza, nei termini e con le modalità descritte nei successivi articoli, saranno fornite nel rispetto della normativa e/o dei Regolamenti vigenti in materia;
- che la presente Polizza è intermediata da Global Assicurazioni S.p.A. in qualità di Agente di Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia;
- che Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia è una compagnia assicurativa specializzata nell'erogazione di prestazioni di assistenza, nel rispetto della normativa vigente, ed è dotata delle strutture idonee per l'organizzazione, il coordinamento e la gestione delle Prestazioni oggetto della presente Polizza, in favore degli Assicurati.

ART. 1. PREMESSE ED ALLEGATI

Le premesse e gli allegati devono intendersi parte integrante della presente Polizza e ne costituiscono fondamento e causa.

ART. 2. OGGETTO DELLA POLIZZA

La Società, tramite la Centrale Operativa, fornisce le Prestazioni specificate nelle seguenti sezioni di Polizza al verificarsi di un Sinistro previsto in Polizza.

ART. 3. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 e 1898 C.C..

ART. 4. PAGAMENTO DEL PREMIO ED EFFETTO DELL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza, purché venga corrisposto il relativo Premio.

In deroga a quanto previsto dall'Art. 1901 C.C., se la Contraente non paga il Premio entro il termine sopra indicato o i Premi delle successive appendici di regolazione o di rinnovo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.

Ferme le successive scadenze ed il diritto della Società al pagamento dei Premi scaduti ai sensi dell'art.1901 C.C.

ART. 5. PREMIO E REGOLAZIONE**5.1 PREMIO UNITARIO E MINIMO GARANTITO ANNUO**

Il Premio unitario annuo per singolo Assicurato è definito nel frontespizio di Polizza.

Il Contraente alla sottoscrizione della Polizza si impegna a corrispondere alla Società, a titolo di Premio minimo garantito alla firma, l'importo previsto nel frontespizio di Polizza.

5.2 – REGOLAZIONE DEL PREMIO

Il Premio di Polizza viene regolato secondo le modalità concordate sul frontespizio di Polizza sulla base dei dati comunicati dal Contraente, moltiplicando il numero totale delle applicazioni messe in copertura per il relativo premio unitario.

Il Contraente si impegna a trasmettere alla Società l'elenco degli aventi diritto alla copertura, secondo le modalità concordate.

La Società, procederà pertanto al calcolo delle differenze passive, che dovranno essere pagate dal Contraente entro 120 (centoventi) giorni dalla fine del mese di emissione dell'appendice di regolazione.

Qualora il Contraente non provveda al pagamento dei Premi di regolazione entro 120 giorni dalla fine del mese della data di emissione della relativa richiesta Premio da parte della Società, la copertura assicurativa a favore degli Assicurati resta sospesa dalle ore 24.00 del trentesimo giorno successivo a quello della scadenza del pagamento e riprenderà vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del medesimo, ferme le successive scadenze ai sensi dell'Art. 1901 comma 2, del C.C.

Resta fermo il diritto della Società di agire giudizialmente o di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del Contratto ai sensi dell'Art. 1901 comma 3, del C.C.

Per i Contratti scaduti, se il Contraente non adempie gli obblighi relativi alla regolazione del Premio, la Società, fermo il diritto di agire giudizialmente, non è obbligata per i sinistri accaduti nel periodo al quale si riferisce la regolazione.

ART. 6. EFFICACIA E DURATA:

6.1 - DELLA POLIZZA

Il Contratto ha validità annuale in base a quanto indicato nel frontespizio di Polizza.

6.2 - DELLE SINGOLE APPLICAZIONI

L'Assicurato beneficerà delle garanzie di Polizza, sempre che l'inclusione avvenga durante il periodo di validità della Polizza, per la durata specificata nel frontespizio di Polizza. La data di "termine del Contratto" viene considerata come ultimo giorno utile alla messa in copertura delle applicazioni. Le attivazioni rilasciate successivamente a tale termine non potranno essere considerate valide al fine della copertura assicurativa.

Il Premio della singola applicazione si intende unico e anticipato, non rimborsabile nemmeno in quota parte.

ART. 7. TACITO RINNOVO

Il Contratto ha validità annuale in base a quanto indicato nel frontespizio di Polizza ed alla sua naturale scadenza si intenderà definitivamente risolto non essendo previsto il tacito rinnovo.

ART. 8. MODIFICHE AL CONTRATTO

Le eventuali modificazioni dell'assicurazione devono essere provate per iscritto e controfirmate, per accettazione, dalle Parti.

ART. 9. AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

La Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società di ogni aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi dell'art. 1898 C.C.

ART. 10. VARIAZIONI NELLA PERSONA DELLA CONTRAENTE

In caso di alienazione dell'azienda della Contraente o di parte delle Sue attività, gli effetti della Polizza si trasmetteranno all'acquirente. Nel caso di fusione della Contraente, la Polizza continuerà con la società incorporante o con quella frutto della fusione.

Nei casi di trasformazione o di cambiamento di ragione sociale della Contraente, la presente Polizza continuerà con la nuova forma societaria.

Le variazioni di cui sopra devono essere comunicate dalla Contraente entro il termine di 15 (quindici) giorni dal loro verificarsi alla Società, la quale, nei 30 (trenta) giorni successivi, ha facoltà di recedere dal Contratto, dandone comunicazione con preavviso di 15 (quindici) giorni.

Nei casi di scioglimento della Contraente o della sua messa in liquidazione, la Polizza cessa con effetto immediato ed i Premi eventualmente pagati e non goduti saranno rimborsati, previo conguaglio con il

Premio minimo garantito stabilito in Polizza e comunque dovuto, fermo restando che la Società dovrà garantire, in ogni caso, le coperture di Polizza oggetto delle singole applicazioni già attivate in favore degli Assicurati e il cui Premio sia stato versato alla data di ricezione da parte della Società della predetta comunicazione della Contraente.

ART. 11. ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali e tutti gli oneri stabiliti per legge relativi all'assicurazione sono a carico della Contraente.

ART. 12. RINVIO ALLE NORME DI LEGGE – FORMA DEL CONTRATTO

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme della legge italiana. Tutte le controversie sono soggette alla giurisdizione italiana. La forma del Contratto è quella scritta, ogni modifica o variazione deve avere la medesima forma e deve essere sottoscritta dalle Parti.

ART. 13. VERIFICA DEGLI ASSICURATI

La Società si riserva il diritto di verificare a posteriori se il soggetto che ha beneficiato di una prestazione di assistenza o di una garanzia assicurativa ne aveva effettivamente diritto attraverso un controllo con la direzione della Contraente.

ART. 14. TUTELA DEI MARCHI

Il Contraente prende atto che i marchi, le denominazioni ed i loghi della Società, come pure tutti i diritti inerenti all'immagine, al nome ed alla sua identità economica sono e resteranno nella titolarità esclusiva della Società ed il Contraente non potrà farne alcun uso, se non sarà a ciò preventivamente autorizzata per iscritto di volta in volta.

Alla scadenza del Contratto o in caso di sua risoluzione, estinzione o cessazione, per qualsiasi causa intervenuta, le Parti non potranno, comunque, più utilizzare il marchio, la denominazione o il logo dell'altra Parte, né utilizzarli altrimenti in alcun modo, anche se fosse stata a ciò specificamente preventivamente autorizzata.

ART. 15. RIMBORSO DELLE SOMME SPESE PER PRESTAZIONI INDEBITAMENTE RICEVUTE

La Società si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato la restituzione delle spese sostenute in seguito all'effettuazione delle prestazioni di assistenza, che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal Contratto o dalla legge.

ART. 16. COMUNICAZIONI PER L'OPERATIVITA' DELLA POLIZZA

Con la cadenza concordata, il Contraente provvederà a comunicare alla Società i dati relativi agli Assicurati sulla base delle modalità informatiche convenute tra le Parti.

Resta, dunque, espressamente inteso tra le Parti che l'omessa, incompleta o ritardata comunicazione da parte del Contraente dei dati relativi agli Assicurati aventi diritto alle Prestazioni, non potrà in alcun modo essere imputata alla Società la quale, fermo quanto disposto nell'ambito delle condizioni di assicurazione, verrà comunque tenuta indenne dal Contraente per ogni ulteriore e diversa pretesa che dovesse essere avanzata dagli Assicurati medesimi o loro aventi causa nei confronti della Società stessa, ivi compresi eventuali richieste di risarcimento danni e di rimborso delle spese legali.

ART. 17. RISERVATEZZA DELLE INFORMAZIONI

Ciascuna Parte si impegna a mantenere riservate tutte le informazioni, i documenti e i dati che le siano stati trasmessi dall'altra Parte in relazione alla predisposizione, conclusione ed esecuzione del presente Contratto, nonché a rispettare tutte le disposizioni di legge e regolamentari applicabili in relazione alla tutela dei dati personali.

La Società non potrà utilizzare i dati in suo possesso per i trattamenti diversi da quelli necessari per svolgere i suoi compiti istituzionali, né potrà trattare i medesimi dati, né cederli a terzi per fini di marketing diretto o indiretto.

ART. 18. VALUTA DI PAGAMENTO

Le indennità ed i rimborsi vengono corrisposti in Italia in Euro. Nel caso di spese sostenute in Paesi non appartenenti all'Unione Europea, il rimborso verrà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea, relativo al giorno in cui l'Assicurato ha sostenuto le spese.

ART. 19. INFORMAZIONI AGLI ASSICURATI

La Società si impegna a predisporre e mettere a disposizione del Contraente la documentazione informativa destinata agli Assicurati, che dovrà, in ogni caso, essere conforme alle previsioni del Regolamento. IVASS n. 41 del 02/08/2018.

Il Contraente si impegna a consegnare agli Assicurati la predetta documentazione informativa.

Ogni eventuale pubblicazione, anche di carattere pubblicitario, che semplicemente proponga o illustri le Prestazioni oggetto del presente Contratto dovrà essere definita di comune accordo tra le Parti e potrà essere divulgato solamente previo reciproco consenso manifestato in forma scritta tra le Parti.

ART. 20. PRIVACY

Le Parti prendono atto e riconoscono che la Società è titolare del trattamento dei dati relativi alle obbligazioni connesse alla presente Polizza e che il Contraente è titolare del trattamento dei dati relativi alla gestione dei propri rapporti con i Clienti.

Ciascun Cliente del Contraente rilascerà autorizzazione al trattamento dei dati personali per le finalità di cui alla presente Polizza, sulla scorta dell'informativa del trattamento allegata al Set Informativo della Polizza, consegnato dal Contraente.

La Contraente si obbliga a fornire, a propria cura e spese, ai propri Clienti che beneficeranno delle garanzie assicurative prestate dalla Società, l'Informativa di cui al Regolamento UE 2016/679, allegata al Set Informativo della Polizza e predisposta dalla medesima Società.

La Società e la Contraente dichiarano di essersi reciprocamente date atto dell'osservanza degli obblighi rilevanti in materia di protezione dei dati personali, ciascuna per quanto di competenza.

ART. 21. CONTROVERSIE TRA LE PARTI

Le Parti si impegnano espressamente a manlevarsi e tenersi indenni sostanzialmente e processualmente, anche nei confronti dei propri successori ed aventi diritto a qualsiasi titolo, dipendenti, collaboratori, organi amministrativi da ogni pregiudizio, danno (incluso il danno all'immagine), perdita, responsabilità, costo, onere o spesa, ivi comprese le eventuali spese legali e in relazione a qualsivoglia pretesa e/o domanda, (sia essa giudiziale che stragiudiziale), e/o azione (sia essa di carattere risarcitorio e/o a titolo di indennizzo), di qualsivoglia natura (sia essa contrattuale che extracontrattuale), che sia stata avanzata - in forma singola o collettiva - nei confronti dell'una o dell'altra Parte in qualunque sede, da parte di qualsiasi terzo, (ivi inclusi a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, i Clienti di ciascuna Parte), in conseguenza della violazione da qualunque delle Parti di uno qualsiasi degli obblighi contrattuali e degli obblighi di legge previsti rispettivamente in capo a ciascuna Parte in relazione all'espletamento delle attività oggetto del presente Contratto.

ART. 22. DIVIETO DI CESSIONE

E' fatto espresso divieto alle Parti di cedere il presente Contratto, pena la risoluzione di diritto del Contratto stesso e fatto salvo il risarcimento del danno.

ART. 23. FORO COMPETENTE

Le controversie tra le Parti relative alla conclusione, interpretazione, esecuzione, risoluzione e validità del presente Contratto sono soggette all'esclusiva competenza del foro di Milano esclusa quindi ogni altra e diversa competenza territoriale dell'Autorità Giudiziaria.

Il foro competente per le controversie con gli Assicurati è quello del luogo di residenza dell'Assicurato.

ART. 24. ANTI CORRUZIONE

Il Contraente e la Società:

- si impegnano a rispettare tutte le leggi e i regolamenti applicabili in materia di anticorruzione;
- mantengono e manterranno in vigore, all'interno della propria organizzazione, politiche e procedure anticorruzione che vietano ogni forma di corruzione a tutti i propri amministratori, dirigenti, dipendenti, agenti, fornitori, subfornitori e a ogni altro soggetto che agisca per loro conto.

ART. 25. SANCTIONS CLAUSE

Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire una copertura, a pagare un sinistro o a fornire una prestazione a qualsiasi titolo nel caso in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale sinistro o la fornitura di tale servizio esponga l'/il (ri)assicuratore ad una qualsiasi sanzione o restrizione in virtù di una risoluzione delle Nazioni Unite o in virtù delle sanzioni, leggi o embarghi commerciali ed economici dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

NORME CHE REGOLANO I RAPPORTI CON L'ASSICURATO

ART. 1. DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze della Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli artt.1892, 1893 e 1894 e 1898 C.C..

ART. 2. ALTRE ASSICURAZIONI

L'Assicurato, a parziale deroga di quanto disposto dall'art.1910 C.C., è esonerato dalla preventiva comunicazione dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi. In caso di sinistro, l'Assicurato deve, tuttavia, darne avviso per iscritto a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri a norma del terzo comma dell'art.1910 C.C..

In caso di attivazione di altra compagnia, le prestazioni e le garanzie previste nel Contratto saranno operanti, entro i limiti indicati, quale rimborso all'Assicurato degli eventuali maggiori importi addebitati all'Assicurato stesso dalla compagnia che ha erogato la prestazione o la garanzia superando il proprio massimale.

ART. 3. LIMITI DI ESPOSIZIONE E LORO SUPERAMENTO

I Massimali previsti per le Prestazioni qui di seguito riportate si intendono al lordo di qualsiasi imposta od altro onere stabilito per legge. Le eventuali spese sostenute direttamente dall'Assicurato per una Prestazione saranno rimborsate, previa presentazione di validi giustificativi (fatture, ricevute fiscali), esclusivamente se contemplate e preventivamente autorizzate dalla Società, fatte salve le eventuali esclusioni e/o franchigie previste.

Nel caso in cui la Prestazione erogata dalla Centrale Operativa preveda dei costi extra o superiori ai limiti di rimborso che restano a carico dell'Assicurato, la Società è tenuta preventivamente a quantificare tali costi, che verranno saldati direttamente dall'Assicurato.

ART. 4. MANCATO UTILIZZO DELLE PRESTAZIONI E LIMITI DI RESPONSABILITÀ

In caso di Prestazioni non usufruite o usufruite solo parzialmente per scelta dell'Assicurato o per negligenza di questi, la Società non è tenuta a fornire alcun altro aiuto in alternativa o a titolo di compensazione rispetto a quello offerto.

La Società non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.

Resta inteso che i fornitori saranno chiamati a rispondere direttamente di eventuali danni da essi stessi provocati nell'espletamento del servizio, ove riscontrabile manifesta responsabilità diretta e che la Società si impegna, anche ai sensi dell'art. 1381 c.c., a fare in modo che i fornitori risarciscano gli eventuali danni subiti dall'Assicurato danneggiato nei casi sopra definiti e mantengano indenne il Contraente in relazione ad ogni domanda e/o pretesa risarcitoria avanzata da un Assicurato in ragione dell'operato dei fornitori.

ART. 5. TERMINE DI PRESCRIZIONE

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente Polizza è di due anni a norma dell'art. 2952 C.C..

ART. 6. FORO COMPETENTE

Il foro competente per le controversie con gli Assicurati è quello del luogo di residenza dell'Assicurato.

ART. 7. EFFICACIA E DURATA DELLE SINGOLE APPLICAZIONI

L'Assicurato beneficerà delle garanzie di Polizza, sempre che l'inclusione avvenga durante il periodo di validità della Polizza, per una durata di 365 giorni a partire dalla data di messa in copertura.

ART. 8. ASSICURATI

Le prestazioni di Polizza sono operanti per i seguenti soggetti:

- l'Assicurato, presente nell'elenco degli aventi diritto trasmesso dalla Contraente alla Società;
- i suoi Familiari.

ART. 9. RECLAMI

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri preliminarmente devono essere inoltrati per iscritto a uno dei seguenti canali alternativi: posta, fax o e-mail

Inter Partner Assistance S.A.
Rappresentanza Generale per l'Italia
Servizio Clienti - Casella Postale 20132
Via Eroi di Cefalonia - 00128 Spinaceto - Roma
numero fax 0039.06.48.15.811
e-mail: servizio.clienti@ip-assistance.com

La Società gestisce il reclamo dando riscontro entro il termine massimo di 45 giorni dal ricevimento del medesimo. In conformità al disposto del Provvedimento IVASS n. 30 del 24 marzo 2015, il reclamante, prima di adire l'Autorità Giudiziaria, potrà rivolgersi al seguente Istituto: IVASS - Centro Tutela Consumatori Utenti, Via del Quirinale n. 21, 00187 Roma; corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo eventualmente trattato dalla Compagnia e dei dati specificati all'art. 5 del predetto Regolamento, nei seguenti casi:

- reclami relativi all'osservanza delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione;
- reclami per i quali il reclamante non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, nonché quelli ai quali la Società non ha dato riscontro entro il termine massimo di 45 giorni decorrenti dalla data di ricezione, inclusi quelli relativi alla gestione del rapporto contrattuale (segnatamente sotto il profilo dell'attribuzione di responsabilità, della effettività della prestazione, della quantificazione ed erogazione delle somme dovute all'avente diritto). In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre la facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti. Non rientrano nella competenza dell'IVASS i reclami in relazione al cui oggetto sia stata già adita l'Autorità Giudiziaria.

Alternativamente a quanto sopra, il reclamante – prima di adire l’Autorità Giudiziaria - in caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, potrà anche avvalersi dei metodi alternativi di risoluzione delle controversie previsti a livello normativo o convenzionale e, nello specifico,

- mediazione;
- negoziazione assistita.

Per le informazioni sulle modalità di attivazione delle singole procedure si rimanda a quanto presente nel sito: www.axa-assistance.it

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all’IVASS o direttamente al sistema estero competente chiedendo l’attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/finance/fin-net/members_en.htm

Resta comunque salva la facoltà di adire l’Autorità Giudiziaria.

COSA E’ ASSICURATO

1. ESTENSIONE TERRITORIALE

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole Prestazioni, l’assicurazione è valida per i Sinistri avvenuti nella Repubblica Italiana, compresi la Repubblica di San Marino e lo Stato della Città del Vaticano.

2. OPERATIVITA’ DELLA POLIZZA

Salvo quanto diversamente specificato all’interno delle singole Prestazioni, la Polizza opera:

- mediante contatto telefonico con la Centrale Operativa, attiva 24 ore al giorno, 365 giorni l’anno;
- con costi a carico della Società entro il limite di 3 (tre) sinistri per Assicurato, durante ciascun anno di validità della copertura;
- senza limite di numero di Prestazioni nell’ambito del medesimo Sinistro;
- entro il limite del Massimale previsto per ciascun tipo di Prestazione di assistenza.

Per le prestazioni di consulenza o le informazioni, qualora non fosse possibile prestare una pronta risposta, l’Assicurato sarà richiamato entro le successive 48 (quarantotto) ore.

ASSISTENZA NUCLEO FAMILIARE

01 -Consulto medico telefonico

La Centrale Operativa, attiva 24 ore su 24 ore, tutti i giorni dell’anno, è a disposizione dell’Assicurato per organizzare un consulto medico telefonico in caso di urgenza conseguente a Infortunio o Malattia Improvvisa. Il servizio medico della Centrale Operativa, in base alle informazioni ricevute al momento della richiesta da parte dell’Assicurato o da persona terza, qualora lo stesso non ne sia in grado, potrà fornire:

- consigli medici di carattere generale;
- informazioni riguardanti:
 - reperimento dei mezzi di soccorso;
 - reperimento di medici generici e specialisti;
 - localizzazione di centri di cura generica e specialistica sia pubblici che privati;
 - modalità di accesso a strutture sanitarie pubbliche e private;
 - esistenza e reperibilità di farmaci.

La Centrale Operativa non fornirà diagnosi, ma farà il possibile per mettere rapidamente l’Assicurato in condizione di ottenere quanto necessario.

02 -Reperimento e consegna farmaci

Qualora l’Assicurato:

- nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, versi in condizioni di temporanea inabilità,
- in assenza di ricovero, a causa di infortunio o malattia, comprovata da certificazione del medico curante,

potrà chiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna di medicinali, presenti nel prontuario farmaceutico, presso il proprio domicilio. La Centrale Operativa provvederà, rispettando le norme che regolano l'acquisto ed il trasporto dei medicinali, ad inviare un suo corrispondente che possa ritirare presso il domicilio dell'Assicurato il denaro, la prescrizione e l'eventuale delega necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna dei medicinali richiesti entro le 24 (ventiquattro) ore successive.

La prestazione è fornita con un preavviso di almeno 48 (quarantotto) ore.

La Società terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei medicinali resta a carico dell'Assicurato.

03 -Invio fisioterapista

Qualora l'Assicurato:

- nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, versi in condizioni di temporanea inabilità,
- in assenza di ricovero, a causa di infortunio o malattia, comprovata da certificazione del medico curante,

necessiti di essere assistito presso il proprio domicilio da un fisioterapista, sulla base del protocollo definito dal medico curante, potrà richiedere alla Centrale Operativa il reperimento e l'invio di personale convenzionato.

La ricerca e selezione sarà effettuata in base alla tipologia del problema dell'Assicurato al fine di offrire la migliore soluzione possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 5 (cinque) giorni per sinistro e 2 (due) ore per giorno.

04 -Invio collaboratrice domestica

Qualora l'Assicurato:

- nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, versi in condizioni di temporanea inabilità,
- in assenza di ricovero, a causa di infortunio o malattia, comprovata da certificazione del medico curante,

potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso il proprio domicilio una collaboratrice per il disbrigo delle faccende domestiche.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione entro il limite di euro 30,00 per giorno fino ad un massimo di 5 (cinque) giorni consecutivi per sinistro.

05 -Invio badante

Qualora l'Assicurato:

- nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, versi in condizioni di temporanea inabilità,
- in assenza di ricovero, a causa di infortunio o malattia, comprovata da certificazione del medico curante,

potrà richiedere alla Centrale Operativa di reperire ed inviare presso il proprio domicilio una badante che possa fornire assistenza durante la giornata per lo svolgimento delle normali attività quotidiane: alzarsi dal letto, lavarsi, vestirsi, cucinare. fare la spesa e piccole commissioni.

La prestazione è fornita con un preavviso minimo di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione entro il limite di euro 30,00 per giorno fino ad un massimo di 5 (cinque) giorni consecutivi per sinistro.

06 - Invio spesa a casa

Qualora l'Assicurato:

- nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, versi in condizioni di temporanea inabilità,
- in assenza di ricovero, a causa di infortunio o malattia, comprovata da certificazione del medico curante,

potrà richiedere alla Centrale Operativa di effettuare la consegna al proprio domicilio di generi alimentari o di prima necessità con il massimo di 2 (due) buste per sinistro.

La Centrale Operativa invierà un suo corrispondente per il ritiro del denaro e della nota necessari all'acquisto, provvedendo poi alla consegna entro le 24 (ventiquattro) ore successive.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della consegna, mentre il costo dei generi alimentari resta a carico dell'Assicurato.

07 - Disbrigo delle quotidianità

Qualora l'Assicurato:

- nei 10 (dieci) giorni successivi alla dimissione dall'istituto di cura presso cui era ricoverato, versi in condizioni di temporanea inabilità,
- in assenza di ricovero, a causa di infortunio o malattia, comprovata da certificazione del medico curante,

potrà richiedere alla Centrale Operativa l'invio di personale di servizio per il disbrigo di piccole commissioni urgenti (es. rifacimento chiavi, rinnovo documenti, pagamento utenze in scadenza, incombenze amministrative, ecc.).

La Centrale Operativa invierà un suo corrispondente per il ritiro del denaro e di quanto necessario al disbrigo della commissione da svolgere nel minor tempo possibile.

La prestazione è fornita con un preavviso di 3 (tre) giorni.

La Società terrà a proprio carico il costo della prestazione per un massimo di 3 (tre) giorni per sinistro e 4 (quattro) ore per giorno.

COSA NON E' ASSICURATO

ESCLUSIONI

- 1) Le prestazioni non sono dovute per eventi provocati o dipendenti da:
 - a) atti di guerra, servizio militare, insurrezioni, tumulti popolari, scioperi, sommosse, atti di terrorismo, sabotaggio, occupazioni militari, invasioni (dopo il 10° giorno dall'inizio delle ostilità qualora l'Assicurato risulti sorpreso mentre si trovava in un paese in pace alla sua partenza);
 - b) eruzioni vulcaniche, terremoti, trombe d'aria, uragani, alluvioni, inondazioni, maremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale;
 - c) sviluppo comunque insorto, controllato o meno, di energia nucleare o di radioattività;
 - d) dolo o colpa grave dell'Assicurato, compreso il suicidio o tentato suicidio;
 - e) abuso di alcolici, psicofarmaci nonché uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
 - f) infortuni derivanti da atti di pura temerarietà dell'Assicurato;
 - g) gare automobilistiche, motociclistiche o motonautiche e relative prove ed allenamenti, alpinismo con scalata di rocce o accesso ai ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, uso di guidoslitta o pratica di sport aerei in genere, pratica di pugilato, lotta, rugby, football americano, immersioni, atletica pesante, hockey su ghiaccio;
 - h) eventi il cui accadimento sia fuori dal periodo di copertura;

- i) viaggi intrapresi dall'Assicurato nonostante il parere negativo di un medico curante o per sottoporsi a cure mediche o trattamenti medico-chirurgici.
- 2) La Società non riconosce, e quindi non rimborsa, spese per interventi non autorizzati preventivamente dalla Centrale Operativa, salvo i casi verificatisi a causa di forza maggiore e ritenuti tali ad insindacabile giudizio della Società.
- 3) La Società non si assume responsabilità per eventuali restrizioni o condizioni particolari stabilite dai fornitori, nonché per eventuali danni da questi provocati.
- 4) Le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto e nei territori ove sia operativo un divieto o una limitazione (anche temporanea) emessa da un'Autorità pubblica competente.
- 5) Le prestazioni non sono altresì fornite per i viaggi estremi in zone remote raggiungibili solo con l'utilizzo di mezzi di soccorso speciali.
- 6) Sono escluse le spese di ricerca dell'Assicurato in mare, lago, montagna o deserto.

Nessun (ri)assicuratore sarà tenuto a fornire una copertura, a pagare un sinistro o a fornire una prestazione a qualsiasi titolo nel caso in cui la fornitura di tale copertura, il pagamento di tale sinistro o la fornitura di tale servizio esponga l'/il (ri)assicuratore ad una qualsiasi sanzione o restrizione in virtù di una risoluzione delle Nazioni Unite o in virtù delle sanzioni, leggi o embarghi commerciali ed economici dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

In caso di Sinistro, l'Assicurato, o chi agisce in sua vece, dovrà contattare la Centrale Operativa ai seguenti numeri:

Linea Verde 800 915786
Linea urbana 06 4211 5632

La Centrale Operativa è in funzione 24 ore su 24 per accogliere le richieste.

L'Assicurato, o chi agisce in sua vece, dovrà, inoltre, qualificarsi come **"ASSICURATO IREN"** e comunicare:

- nome e cognome;
- tipo di prestazione richiesta;
- recapito telefonico.

La denuncia dovrà essere effettuata il prima possibile e, in ogni caso, non oltre i 3 (tre) giorni successivi alla data in cui si sia verificato il Sinistro. L'inosservanza dei suddetti termini può compromettere il diritto alla Prestazione.

A parziale deroga, resta inteso che qualora la persona fisica titolare dei diritti derivanti dal Contratto sia nell'oggettiva e comprovata impossibilità di denunciare il sinistro entro i termini previsti, potrà farlo non appena ne sarà in grado e comunque entro i termini di legge (art. 2952 C.C.).

La Società ha facoltà di richiedere a fini liquidativi ulteriore documentazione rispetto a quella contrattualmente prevista e non perde il diritto di far valere, in qualunque momento ed in ogni caso, eventuali eccezioni anche se abbia iniziato la liquidazione delle prestazioni.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 (relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati) si informa l' "Interessato" (cliente/contraente/aderente alla polizza collettiva/ assicurato/co-assicurato/beneficiario/loro aventi causa) di quanto segue.

AVVERTENZA PRELIMINARE

La presente Informativa viene resa dalla Compagnia assicurativa (Titolare del Trattamento) anche nell'interesse degli altri titolari del trattamento nell'ambito della c.d. «catena assicurativa», ai sensi del Provvedimento del Garante per la Protezione dei Dati Personali del 26 aprile 2007 (doc. web n. 1410057).

1. IDENTITÀ E DATI DI CONTATTO DEL TITOLARE DEL TRATTAMENTO

Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede in Roma Via Carlo Pesenti n. 121, Part. IVA 04673941003 – Cod. Fisc. 03420940151, Tel: 06/42118.1.

2. DATI DI CONTATTO DEL RESPONSABILE DELLA PROTEZIONE DEI DATI (DPO)

L'Interessato può contattare il Responsabile della Protezione dei dati (DPO - Data Protection Officer) della Compagnia assicurativa, Titolare del Trattamento dei dati, scrivendo ai seguenti contatti:

- per posta: Inter Partner Assistance S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia Via Carlo Pesenti n. 121 – 00156 Roma;
- per e-mail: privacy@axa-assistance.it.

3. CATEGORIE DI DATI PERSONALI OGGETTO DI TRATTAMENTO

Sono oggetto di trattamento, solo ed esclusivamente per le finalità sotto indicate, le seguenti categorie di dati personali dell'Interessato:

- Dati identificativi dell'Interessato, quali ad esempio a titolo esemplificativo: il nome e il cognome, il luogo e la data di nascita, la residenza anagrafica e il domicilio, estremi del documento di identificazione, il codice fiscale;
- Dati sensibili dell'Interessato strettamente necessari a dare esecuzione al contratto stipulato.

4. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento dei dati personali avviene mediante elaborazioni manuali o strumenti elettronici, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

5. FINALITÀ E BASE GIURIDICA DEL TRATTAMENTO

Le finalità del trattamento dei dati personali raccolti sono le seguenti:

- finalità strettamente connesse e strumentali all'offerta, conclusione ed esecuzione del contratto stipulato (inclusi gli eventuali rinnovi), attinenti l'esercizio sia dell'attività assicurativa e riassicurativa sia delle relative attività connesse e strumentali, cui Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge (es: pagamento premi, gestione e liquidazione dei sinistri); finalità di redistribuzione del rischio mediante coassicurazione o riassicurazione, nonché di prevenzione, individuazione e/o perseguimento di frodi anche di natura assicurativa e relative azioni legali; finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e controllo;
- Per le finalità di cui alla lettera a) il trattamento dei dati è da considerarsi lecito in quanto necessario per dare esecuzione al contratto di cui l'Interessato è parte (in proprio o in qualità di rappresentante di una persona giuridica) o per dare esecuzione agli adempimenti precontrattuali relativi a tale contratto. Il trattamento è altresì da considerarsi lecito in quanto l'Interessato ha espresso il proprio consenso al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, per le suddette finalità. Si precisa sia che senza i dati dell'Interessato non si è in grado di fornire le prestazioni, i servizi e/o i prodotti citati sia che il consenso, seppur revocabile, è presupposto necessario per lo svolgimento del rapporto contrattuale.

6. DESTINATARI/CATEGORIE DI DESTINATARI DEI DATI PERSONALI

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono anzitutto i dipendenti e/o collaboratori del Titolare del Trattamento, facenti parte dell'organizzazione interna, che trattano i dati raccolti esclusivamente nell'ambito delle rispettive mansioni (ad es.: ufficio sinistri, ufficio reclami, ufficio back-office, ufficio underwriting), in conformità alle istruzioni ricevute dal Titolare del Trattamento e sotto la sua autorità.

Destinatari dei dati personali dell'Interessato sono altresì le seguenti categorie di soggetti terzi, esterni alla organizzazione del Titolare del Trattamento, ai quali i dati personali possono essere comunicati. Tali soggetti agiscono in qualità di autonomi titolari del trattamento, salvo il caso in cui siano stati designati responsabili del trattamento.

Per le finalità di cui al punto 5 a) tali soggetti sono:

- altri soggetti del settore assicurativo (c.d. "catena assicurativa"), quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, intermediari assicurativi (e relativi addetti all'attività di intermediazione);
- professionisti, consulenti, studi o società operanti nell'ambito di rapporti di consulenza e assistenza professionale, quali studi legali, medici di fiducia, periti, consulenti privacy, consulenti antiriciclaggio, consulenti fiscali, consulenti/società antifrode, professionisti/società di recupero crediti, società incaricate del monitoraggio/controllo qualità dell'offerta e collocamento dei contratti di assicurazione, etc.;
- soggetti che svolgono attività connesse e strumentali all'esecuzione del contratto stipulato e alla gestione e liquidazione del sinistro, quali: attività di stoccaggio, gestione, archiviazione e distruzione della documentazione dei rapporti intrattenuti con la clientela e non; attività di trasmissione, imbustamento, trasporto e smistamento delle comunicazioni alla clientela; attività di assistenza alla clientela (es.: call center, help desk); attività di offerta e collocamento a distanza di contratti di assicurazione (call center esterni); attività di gestione, liquidazione e pagamento dei sinistri; attività di back office di amministrazione delle polizze e supporto alla gestione ed incasso dei premi;
- organismi associativi consortili propri del settore assicurativo (es: ANIA) o finanziario, cui il Titolare o gli altri titolari della catena assicurativa sono iscritti;
- società del gruppo di appartenenza del Titolare del Trattamento o degli altri titolari della catena assicurativa (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge);
- altri soggetti nei cui confronti la comunicazione dei dati è obbligatoria per legge quali, a titolo esemplificativo: IVASS, Banca d'Italia - UIF (Unità d'informazione finanziaria), Agenzia delle Entrate, Magistratura, Forze dell'Ordine.

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI PERSONALI A DESTINATARI UBICATI IN PAESI TERZI

Nei casi in cui potrebbe risultare necessario trasferire i dati, anche sensibili, in un luogo al di fuori dell'Unione Europea, Inter Partner Assistance S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia garantisce ai dati un livello di protezione simile a quello richiesto dalla legge italiana ed europea sulla protezione dei dati ed in linea con la normativa sul trasferimento.

8. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I dati personali saranno conservati per tutto il tempo necessario per le finalità indicate in precedenza e nel rispetto delle normativa vigente. Alcuni dati personali saranno conservati anche successivamente alla fine del rapporto contrattuale, in particolare al fine di risolvere eventuali controversie e per procedimenti legali in corso o futuri, mantenere registrazioni dei nostri servizi, e in ogni caso tutelare diritti innanzi all'Autorità Giudiziaria ed in ogni altra sede giurisdizionale o extra giudiziale. I dati personali saranno trattati in sicurezza, confidenzialità, e saranno mantenuti accurati ed aggiornati per il periodo di durata di utilizzo qui autorizzato. Alla fine del periodo di conservazione, i dati personali saranno resi anonimi o distrutti.

9. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'Interessato in merito ai dati personali ha il diritto di chiedere al Titolare del Trattamento:

- a. l'accesso;
- b. la rettifica;
- c. la cancellazione;
- d. la limitazione del trattamento.

L'Interessato ha altresì i seguenti diritti nei confronti del Titolare del Trattamento:

- e. diritto di opporsi al trattamento dei dati personali;
- f. diritto alla portabilità dei dati che lo riguardano. Per "diritto alla portabilità" si intende il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico, i dati personali forniti al Titolare del Trattamento, nonché il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del Titolare del Trattamento cui li ha forniti;
- g. diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento senza pregiudicare la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

L'Interessato ha, infine, il seguente diritto:

- h. diritto di proporre reclamo al Garante per la Protezione dei dati Personali per lamentare una violazione della disciplina in materia di protezione dei dati personali. Il reclamo potrà pervenire al Garante utilizzando la modalità che ritiene più opportuna, consegnandolo a mano presso gli uffici del Garante (all'indirizzo di seguito indicato) o mediante l'inoltro di:

1. raccomandata A/R indirizzata a: *Garante per la protezione dei dati personali - Piazza Venezia 11 - 00187 Roma*;
2. all'indirizzo e-mail: garante@gpdp.it, oppure posta certificata: protocollo@pec.gpdp.it;
3. fax al numero: 06/696773785.

10. FONTE DA CUI HANNO ORIGINE I DATI PERSONALI

Il Titolare del Trattamento ottiene i dati personali raccogliendoli direttamente presso l'Interessato oppure presso i propri addetti (interni ed esterni) all'attività di intermediazione assicurativa od outsourcer che entrano in contatto con l'Interessato (i quali agiscono in qualità di responsabili esterni del trattamento dati).

11. INFORMAZIONI SU PROCESSI DECISIONALI AUTOMATIZZATI E PROFILAZIONI

I dati personali raccolti non sono oggetto di processi decisionali automatizzati, né sono oggetto di profilazione. La nostra policy sui cookie, presente sui nostri siti internet, fornisce informazioni circa i termini di utilizzo dei cookie. Durante il primo accesso al sito del Titolare del Trattamento sarà richiesto di prestare il consenso all'utilizzo dei cookie secondo quanto previsto nella relativa policy raggiungibile tramite link presente sulla homepage.

12. DATI DEI MINORI

Alcune informazioni sui minori possono essere raccolte e utilizzate dal Titolare del Trattamento in relazione alla sottoscrizione del contratto o all'erogazione del servizio.