

POLIZZA COLLETTIVA DI ASSICURAZIONE “SALUTE E MALATTIE”

Il presente set informativo, contiene:

- Documento Informativo Precontrattuale Danni
- Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Danni
- Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario
- Modulo di Adesione
- Informativa relativa alla Protezione dei Dati

E deve essere consegnato all'Assicurato prima della adesione alla Polizza Collettiva

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la documentazione informativa precontrattuale. La copertura assicurativa è facoltativa.

Assicurazione SALUTE E MALATTIE

DIP – Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia:	Stellantis Insurance Europe Limited
Indirizzo:	MIB House, 53, Abate Rigord Street, Ta' Xbiex, Malta
Numero di registro:	C68963
Prodotto:	Salute e Malattie (Polizza Collettiva n. IT5M)

Questo documento informativo fornisce un riassunto delle principali caratteristiche della nostra polizza, quali le coperture, le esclusioni, la durata ed altri importanti elementi da conoscere. Per questo motivo non può essere considerato esaustivo. Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

Salute e Malattie è un'assicurazione facoltativa per le persone residenti in Italia che al momento dell'adesione al Contratto non abbiano già superato i 70 anni di età e che permette all'assicurato di ricevere un indennizzo in caso di grave malattia e/o ricovero ospedaliero.



Che cosa è assicurato?

- ✓ **Ricovero Ospedaliero:** è previsto il pagamento di una somma giornaliera una tantum, a seconda dell'Opzione a cui l'Assicurato aderisce, in caso di degenza in un Istituto di Cura.
- ✓ **Malattie Gravi:** è previsto il pagamento di una somma, a seconda dell'Opzione a cui l'Assicurato aderisce, se diagnosticata all'Assicurato una delle seguenti gravi patologie:
 - ✓ **Infarto miocardico**
 - ✓ **Ictus cerebrale**
 - ✓ **Cancro**



Che cosa non è assicurato?

L'assicurazione non vale in caso di:

- ✗ ricadute o recidive di patologie in atto o preesistenti alla data di aderenza alla Polizza;
- ✗ insorgenza di una grave patologia che sia dovuta ad AIDS o da altra patologia ad essa collegata;

Non è assicurabile il soggetto se, quando decorre la copertura assicurativa:

- ✗ ha meno di 18 anni;
- ✗ ha più di 70 anni;
- ✗ é alcolista, tossicodipendente, malato di AIDS o sindromi correlate

Per l'elenco completo delle esclusioni del prodotto e di ogni garanzia puoi consultare gli altri documenti del presente Set Informativo.



Ci sono limiti di copertura?

Per tutte le garanzie:

! L'assicurazione è prestata per le alterazioni dello stato di salute dell'Assicurato insorte e diagnosticate dopo l'efficace decorrenza della garanzia. Condizioni preesistenti alla data di decorrenza sono escluse e l'Assicurato non ha diritto all'Indennizzo

Per la garanzia Ricovero Ospedaliero:

! L'Indennizzo massimo non può mai superare i novanta (90) giorni di ricovero;



Dove vale la copertura?

✓ La copertura ti copre dappertutto nel mondo. L'eventuale diagnosi rilasciata da una struttura medica al di fuori dell'Unione Europea, Svizzera, Norvegia, Islanda, Regno Unito, Stati Uniti d'America, Canada e Australia, dovrà essere comunque confermata da una Struttura Sanitaria in Italia.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il Contratto, hai il dovere di fornire dichiarazioni veritiere, esatte e complete. Eventuali variazioni del rischio assicurato dovranno essere prontamente comunicate all'Assicuratore al fine di non incorrere nella perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo.



Quando e come devo pagare?

Il Premio è versato mensilmente alla Contraente Banca PSA Italia S.p.A. senza oneri aggiuntivi a carico dell'Assicurato,

Il Premio è versato dall'Assicurato tramite mandato SEPA ed è comprensivo di imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Per ogni Assicurato e sempre che sia pagato il Premio, la copertura assicurativa relativa alla Polizza ha una durata di un mese ed è automaticamente rinnovabile, in assenza di disdetta, per un uguale periodo di un mese, e così via in occasione di ogni successiva scadenza.

L'Assicurato aderisce alla Polizza con le seguenti modalità:

- qualora la Polizza sia conclusa attraverso call center e adesione telefonica da parte dell'Assicurato: la copertura assicurativa della Polizza decorre dalle ore 24:00 del giorno dell'adesione telefonica da parte dell'Assicurato
- qualora la Polizza sia conclusa attraverso il sito internet previo invio all'Assicurato di e-mail con indicazione del link che rimanda al sito internet dove l'Assicurato aderisce alla Polizza in modalità online: la copertura assicurativa decorre dalla data di sottoscrizione da parte dell'Assicurato.

La copertura assicurativa termina automaticamente al verificarsi di uno dei seguenti eventi:

- Trenta giorni dopo l'esercizio del diritto di disdetta mensile oppure alla data di scadenza dell'ultima Rata prevista dal piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento o di Locazione Finanziaria e, in ogni caso, non oltre gli 96 (novantasei) mesi dalla data di decorrenza del Contratto di Finanziamento o di Locazione Finanziaria;
- in caso di risoluzione del Contratto di Finanziamento o di Locazione Finanziaria;
- alla data in cui il Debito Residuo viene corrisposto per qualsiasi motivo;
- trasferimento della residenza dell'Assicurato al di fuori dell'Italia;
- morte dell'Assicurato;
- in seguito alla liquidazione della garanzia Malattie Gravi;



Come posso disdire la polizza?

Se ci ripensi, hai 60 giorni di tempo dall'adesione alla Polizza per recedere dal Contratto di assicurazione. Inoltre puoi disdire la Polizza comunicando all'Assicuratore la tua disdetta almeno 30 giorni prima di ciascuna scadenza contrattuale.

Assicurazione SALUTE E MALATTIE



Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni

(DIP aggiuntivo Danni)

Assicuratore: Stellantis Insurance Europe Limited
Prodotto: Salute e Malattie (Polizza Collettiva n. IT5M)

Il presente DIP aggiuntivo Danni è stato redatto in data 01 Novembre 2021 ed è l'ultimo aggiornamento disponibile.

Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi vita diversi dai prodotti d'investimento assicurativi (DIP Vita) e per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale assicurato a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

L'Aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Stellantis Insurance Europe Limited Ltd, è una società facente parte del Gruppo Peugeot SA e del Gruppo Santander Consumer Finance, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento della Malta Financial Services Authority (MFSA) n. C68963, operante in Italia in regime di libera prestazione dei servizi.

Sede legale: 53, MIB House, Abate Rigord Street - Ta' Xbiex, XBX 1122, Malta.

Indirizzo di posta elettronica: stellantis-insurance@stellantis.com

Sito internet: <http://reports.stellantis-insurance.it>

Il patrimonio netto di **Stellantis Insurance Europe Ltd** € 66,196,451 costituito da un capitale sociale di € 2,700,000 e un conferimento di capitale di € 63,496,451. L'indice di solvibilità è pari al 126% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla Direttiva Solvibilità II 2009/138/CE, entrata in vigore il 1° Gennaio 2016. I suddetti dati sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione finanziaria al 31 dicembre 2020

Le informazioni e i relativi aggiornamenti, incluse le Relazioni sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria, sono pubblicati sul sito internet: <http://reports.stellantis-insurance.it> dopo l'approvazione del bilancio d'esercizio.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

L'Assicurazione non è valida in caso di:

- ✗ guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato sia privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- ✗ uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- ✗ alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni;
- ✗ partecipazione dell'Assicurato a delitti da lui commessi o tentati;
- ✗ guerra (dichiarata o non dichiarata) o insurrezione. Se l'Assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dall'Italia, l'esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità;
- ✗ trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- ✗ pratica di sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, del paracadutismo e di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria;



Ci sono limiti di copertura?

! Esclusioni per singole garanzie:

Specificamente per le garanzie **Ricovero Ospedaliero e Malattie Gravi sono esclusi:**

- ricadute o recidive di patologie in atto o preesistenti alla data decorrenza della Polizza;
- ricoveri in lungodegenza;

- Ricoveri Impropri;
- cure non previste dai protocolli riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità;



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>I Sinistri devono essere denunciati entro 30 giorni da quando l'Assicurato ne ha conoscenza con una comunicazione scritta da inviarsi con le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none"> - lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al Medico di Stellantis Insurance Europe Ltd, c/o Banca PSA Italia S.p.A. in Via Gallarate 199, 20151, Milano (MI). <p>Oppure</p> <ul style="list-style-type: none"> - inviando e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica: perfetto@stellantis-finance.com <p>Il "Modulo per la denuncia del Sinistro" può essere richiesto per e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica: perfetto@stellantis-finance.com oppure è disponibile per il download sul sito della Contraente.</p> <p>Assistenza diretta / in convenzione: Non sono previste prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da Enti/ Strutture convenzionate con l'Assicuratore.</p> <p>Gestione da parte di altre imprese: non ci sono altre imprese che si occupano della trattazione dei sinistri.</p> <p>Prescrizione: i diritti derivanti dal presente Contratto si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto, ai sensi dell'art. 2952, secondo comma, del Codice Civile.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<p>Qualora l'Assicuratore accerti che, avuto riguardo all'età effettiva e alla residenza, l'Assicurato non avrebbe potuto aderire al Contratto, o nel caso in cui accerti che l'Assicurato ha reso dichiarazioni false o reticenti relative a circostanze che avrebbero determinato l'impossibilità per l'Assicurato di aderire al Contratto medesimo, si applicheranno le disposizioni degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.</p>
Obblighi dell'Impresa	<p>Verificata l'operatività della garanzia e ricevuta tutta la documentazione richiesta, l'Assicuratore si impegna a liquidare gli Indennizzi entro 30 giorni dalla conclusione della gestione del sinistro, per mezzo della Contraente.</p>



Quando e come devo pagare?

Premio	<p>Il Premio mensile corrisposto dall'Assicurato è comprensivo di imposta. Non è prevista alcuna maggiorazione in caso di pagamento frazionato.</p> <p>L'Assicurato è tenuto a pagare, alle rispettive scadenze mensili e per tutta la durata del Contratto, il Premio complessivo previsto nel Modulo di Adesione a seconda dell'Opzione a cui l'Assicurato aderisce.</p>
Rimborso	<p>In caso di cessazione di efficacia della copertura assicurativa per trasferimento della residenza dell'Assicurato al di fuori dell'Italia e morte dell'Assicurato, qualsiasi importo addebitato o versato successivamente verrà tempestivamente rimborsato all'Assicurato senza interessi.</p>



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<p>Per la garanzia "Malattie Gravi"</p> <p>La garanzia decorre dalle ore 24 del 90° giorno successivo a quello di decorrenza della copertura assicurativa.</p>
Sospensione	<p>Non è prevista la possibilità di sospendere la garanzia.</p>

 Come posso disdire la Polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Secondo quanto stabilito dall'articolo 67-duodecies del Decreto Legislativo n.206/2005 (Codice del Consumo), l'Assicurato ha il diritto di recedere dalla Polizza entro 60 (sessanta) giorni dalla data di adesione indicata al punto 5 della Polizza, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno all'Assicuratore all'indirizzo: Stellantis Insurance Europe LTD c/o Banca PSA Italia SpA Via Gallarate 199, 20151, Milano (MI).
Risoluzione	Ciascuna parte (Assicurato ed Assicuratore) potrà comunicare formalmente la propria disdetta del Contratto dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno a Stellantis Insurance Europe ltd c/o Banca PSA Italia SpA, Via Gallarate 199, 20151, Milano (MI), da inviarsi con un preavviso non inferiore a trenta giorni da ciascuna scadenza mensile del Contratto.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Persone residenti in Italia, di età inferiore a 70 anni, che abbiano un bisogno di protezione in caso di ospedalizzazione e/o malattie gravi.	

 Quali costi devo sostenere?	
Costi di intermediazione: la quota parte percepita in media dall'intermediario è pari al 35% del Premio netto pagato dall'Assicurato.	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami relativi alla presente Polizza, devono essere presentati per iscritto dall'esponente al seguente indirizzo postale: STELLANTIS INSURANCE EUROPE LIMITED c/o Banca PSA Italia S.p.A., Via Gallarate 199, 20151, Milano (MI) Oppure per email al Responsabile dei Reclami all'indirizzo: stellantis-complaints@stellantis.com . L'Assicuratore s'impegna a comunicare per iscritto l'avvenuto ricevimento del reclamo non appena ricevuto e a rispondere e definitivamente allo stesso entro 15 giorni dalla data di ricezione di tutti i documenti necessari al suo esame. Nel caso in cui l'analisi del reclamo non sia completata entro 15 giorni dalla sua ricezione, l'Assicuratore informerà il reclamante su: i. le cause del ritardo; ii. il nuovo termine temporale previsto per la risoluzione del reclamo.
Al Maltese Office of Arbitrator for Financial Services (OAFS)	Se il richiedente non si ritiene soddisfatto dell'esito del reclamo l'esponente potrà rivolgersi all'Autorità di vigilanza maltese The Office of the Arbitrator for Financial Services istituita ai sensi del Arbitrator for Financial Services Act (Cap.555) sito in 1st Floor, St Calcedonius Square, Floriana FRN 1530, Malta.; numero di telefono: 00356 80072366 oppure 00356 21249235, oppure compilando un questionario disponibile al seguente indirizzo: https://www.financialarbiter.org.mt/
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it Le imprese con sede legale in altro Stato membro riportano le informazioni di cui sopra indicando l'Autorità di vigilanza del Paese d'origine competente e le modalità di presentazione dei reclami alla stessa.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98)
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di	Risoluzioni delle liti transfrontaliere. L'Aderente può presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

POLIZZA COLLETTIVA DI ASSICURAZIONE “SALUTE E MALATTIE” N. IT5M

Data di ultimo aggiornamento: 01 Novembre 2021

Banca PSA Italia S.p.A.
Via Gallarate 199, 20151, Milano (MI)
(la CONTRAENTE)

E

STELLANTIS INSURANCE EUROPE ltd
con sede legale in
53 Triq Abate Rigord, XBX1122 Ta' Xbiex, Malta
(l'ASSICURATORE)

GLOSSARIO

ADERENTE/ASSICURATO – la persona fisica il cui interesse è coperto dall'assicurazione.

ANNUALITA' ASSICURATIVA - periodo ricorrente pari ad un anno, calcolato a partire dalla data di Decorrenza della copertura assicurativa.

ASSICURATORE – Stellantis Insurance Europe Limited, una società appartenente al Gruppo Peugeot SA (Limited Liability Company) e a Santander Consumer Finance Group con sede in: 53, MIB House, Abate Rigord Street - Ta' Xbiex, XBX 1122, Malta. Stellantis Insurance Europe Ltd è una società vigilata dalla Malta Financial Services Authority, autorizzata all'esercizio dell'attività di assicurazione in virtù del provvedimento numero C68963 emesso in data 26.06.2008. È vigilata da Malta Financial Services Authority e opera in Italia, in regime di libera prestazione di servizi, dove è iscritta nell'Elenco II allegato in appendice all'Albo delle imprese presso l'IVASS - Società in libera prestazione di servizi in entrata SEE – sub n. II. 01350. Cod. 40649.

BENEFICIARIO – il soggetto che ha diritto alla prestazione.

CARTELLA CLINICA - Documento ufficiale ed atto pubblico redatto durante il ricovero, contenente le generalità dell'Assicurato, l'anamnesi patologica prossima e remota, il percorso terapeutico/diagnostico effettuato, gli esami, nonché la scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

CONTRAENTE – BANCA PSA Italia S.p.A., iscritta nell'Elenco degli intermediari annesso al Registro Unico degli Intermediari assicurativi e riassicurativi ("RUI") sub n. 000533343, che stipula la presente Polizza Collettiva per conto dei propri clienti che sottoscrivono finanziamenti concessi dalla stessa Contraente.

CONTRATTO/POLIZZA – La polizza di assicurazione collettiva n. IT5M

CONTRATTO DI FINANZIAMENTO – il contratto di finanziamento concluso tra la Contraente e un proprio cliente il cui oggetto è l'erogazione di un finanziamento finalizzato all'acquisto di un veicolo.

CONTRATTO DI LOCAZIONE FINANZIARIA – il contratto di locazione finanziaria (leasing) concluso tra la Contraente e un proprio cliente il cui oggetto è il finanziamento del cliente volto ad ottenere la disponibilità ed il godimento di un veicolo che viene scelto direttamente dall'utilizzatore presso i rivenditori convenzionati.

DATA DI DECORRENZA – il momento in cui le garanzie della Polizza acquistano efficacia in base alle modalità di adesione alla Polizza previste all'art. 6 delle Condizioni di Assicurazione.

DEBITO RESIDUO: la somma complessiva in linea capitale risultante a carico dell'Aderente/Assicurato al momento del Sinistro, ad esclusione di eventuali importi di rate insolute e maturate prima del verificarsi del Sinistro.

ETÀ DELL'ASSICURATO – gli anni di età compiuti dall'Assicurato alla Data di Decorrenza o, rispettivamente, alla data di rinnovo.

FRANCHIGIA un periodo di tempo durante il quale, sebbene in presenza di un evento indennizzabile a termini delle presenti Condizioni di Assicurazione, l'Assicurato non ha diritto ad alcuna Indennità.

GUERRA – qualsiasi conflitto armato, anche se non ufficialmente definito "guerra" o altra attività simile alla guerra, compresi: l'uso di forze armate da parte di qualsiasi Stato per scopi economici, geografici, nazionalistici, politici, razziali o religiosi, la guerra civile, i tumulti popolari e le insurrezioni.

INDENNIZZO – la somma dovuta dall'Assicuratore all'Assicurato in caso di Sinistro coperto dalla Polizza.

ISTITUTO DI CURA – l'ospedale, la casa di cura, l'istituto di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS), la clinica universitaria, regolarmente autorizzati dalle competenti autorità – in base ai requisiti di legge – all'erogazione dell'assistenza ospedaliera. Sono esclusi gli istituti psichiatrici, gli istituti o enti destinati alla cura di malattie psichiatriche o psicologiche, inclusi i reparti di psichiatria di un Ospedale, i luoghi di convalescenza o di lungo degenza, gli stabilimenti termali, le strutture sanitarie di riabilitazione e rieducazione, le residenze sanitarie per anziani (RSA), le cliniche aventi finalità dietologiche ed estetiche nonché i centri, comunque intesi, eroganti le prestazioni definite all'art. 2 della legge 15 marzo 2010 n. 38.

IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che svolge funzioni di vigilanza nei confronti di imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo Italiano.

MALATTIE GRAVI: le patologie indicate all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.

MOMENTO DELLA DIAGNOSI: momento (data e ora) in cui il Medico certifica, all'Assicurato in vita, una delle Malattie Gravi indicate all'art. 3 delle Condizioni di Assicurazione.

MEDICO – soggetto, diverso dall'Assicurato, da un suo socio in affari o da un membro prossimo della sua famiglia, laureato in medicina presso un'Università, legalmente abilitato all'esercizio della professione e iscritto presso il competente albo professionale del Paese in cui fornisce le proprie prestazioni.

MODULO DI ADESIONE – il documento sottoscritto dall'Aderente/Assicurato al fine di aderire alla Polizza

Collettiva. Si precisa che in ogni caso il contratto è perfezionato mediante consenso telefonico o acquisto tramite piattaforma web.

PERIODO DI CARENZA - il periodo che inizia alla Data di Decorrenza delle garanzie assicurative durante il quale non è coperto alcun sinistro e nessun Indennizzo può essere pagato.

PREMIO – l'importo dovuto dall'Assicurato quale corrispettivo per il Contratto di assicurazione.

RATA – ogni rata di rimborso del Contratto di Finanziamento o di Locazione Finanziaria, dovuta dall'Assicurato alla Contraente, comprensiva di quota capitale e interessi

RESIDENZA – il luogo in cui l'Assicurato ha la sua dimora abituale e in cui il suo documento di identità è stato ufficialmente rilasciato dalle autorità competenti.

RICOVERO: significa la degenza in un Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento, disposta da personale medico.

RICOVERO IMPROPRIO: la degenza in Istituto di cura, anche senza pernottamento:

- non necessaria nel quadro clinico
- durante la quale non sono praticate terapie complesse
- durante la quale sono eseguiti solo accertamenti diagnostici normalmente effettuati in regime ambulatoriale senza rischi o particolari disagi per il paziente.

RICOVERO OSPEDALIERO– la degenza dell'Assicurato in un Istituto di Cura, certificata da cartella clinica. L'eventuale permanenza in pronto soccorso non è considerata ricovero ospedaliero.

SET INFORMATIVO - il documento previsto dal Regolamento IVASS 41/2018 da consegnare all'Aderente prima della sottoscrizione della Polizza a cura del Contraente, contenente il Documento Informativo Precontrattuale Danni, il Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Danni, il Glossario, le Condizioni di Assicurazione, il Modulo di Adesione e l'Informativa sulla Protezione dei Dati.

Sindrome influenzale di natura pandemica: sindrome influenzale, causata da patogeno nuovo verso il quale non è presente immunizzazione, la cui diffusione è rapida e interessa intere collettività in molte aree geografiche del mondo, con un alto numero di casi gravi e una mortalità elevata e che riguarda un patogeno infettivo che causa malattie respiratorie di gravità variabile.

Si riportano degli esempi: SARS-Cov, Sars-Cov2, Mers-Cov, CoViD-19.

SINISTRO – l'evento dannoso per cui sono prestate le coperture assicurative previste dalla Polizza. Tutte le conseguenze derivanti dal medesimo evento costituiscono un solo Sinistro.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

1. OGGETTO DELLA COPERTURA

Con la sottoscrizione alla Polizza, l'Assicurato acquista una copertura assicurativa che prevede l'erogazione di una somma, a titolo di Indennizzo, nei casi di:

- Ricovero Ospedaliero (art.2);
- Malattie Gravi (art.3);

Ai fini delle definizioni contenute nella Polizza fa fede il Glossario, parte integrante delle Condizioni di Assicurazione.

2. RICOVERO OSPEDALIERO

La Polizza garantisce all'Assicurato una Indennità **una tantum per ogni giorno** in cui l'Assicurato versi in situazione di Ricovero Ospedaliero a seconda dell'Opzione scelta:

Opzione 1	€ 30,00 (trenta) giorno	al	Opzione 2	€ 60,00 (sessanta) giorno	al	Opzione 3	€ 100,00 (cento) giorno	al
------------------	-------------------------------	----	------------------	---------------------------------	----	------------------	-------------------------------	----

Ai fini del calcolo della durata in giorni del Ricovero Ospedaliero, un giorno di ricovero corrisponde a 24 ore di permanenza ininterrotta nell'Istituto di Cura. Il raggiungimento delle 24 ore è necessario ai fini del computo di 1 (uno) giorno indennizzabile; se il periodo di permanenza non corrisponde ad un multiplo di 24 ore, il periodo residuo inferiore a 24 ore non sarà considerato per il calcolo della durata del ricovero.

La garanzia Ricovero Ospedaliero comprende anche in caso di ricovero per l'accertamento o cura di Sindromi influenzali di natura pandemica, così come la convalescenza post ricovero in terapia intensiva o cura delle stesse.

2.1 Prestazione massima

La prestazione massima della garanzia Ricovero Ospedaliero pagabile all'Assicurato è pari a novanta (90) giorni.

2.2 Periodo di carenza e Franchigia

La garanzia Ricovero Ospedaliero non è soggetta a Periodo di Carenza o Franchigia.

3. MALATTIE GRAVI

La Polizza garantisce un Indennizzo qualora all'Assicurato in vita venga diagnosticata una delle seguenti Malattie Gravi:

i. Infarto miocardico

Evento ischemico che risulta dalla necrosi irreversibile di una porzione del muscolo cardiaco come conseguenza di un inadeguato apporto sanguigno che abbia dato seguito ai seguenti sintomi:

- Sintomi clinici tipici (ad esempio il tipico dolore cardiaco);
- Comparsa di nuove modificazioni tipiche dell'ECG;
- Variazioni degli enzimi cardiaci registrati almeno ai seguenti livelli: - Troponin T > 1.0 ng/ml;
- AccuTnl > 0.5 ng/ml o soglia equivalente secondo altri metodi Troponin 1.

Devono sussistere prove certe di un infarto miocardico acuto compatibili con la definizione indicata in precedenza.

ii. Cancro

Ogni diagnosi di neoplasia maligna caratterizzata dalla crescita non controllata e dalla diffusione di cellule maligne con invasione di tessuto normale, di cui si fornisca prova istologica. Il termine neoplasia maligna comprende anche leucemia, linfoma e sarcoma.

iii. Ictus cerebrale

Morte del tessuto cerebrale a causa di un'inadeguata irrorazione di sangue o di un'emorragia intracranica che produca un danno neurologico permanente con sintomi permanenti.

AVVERTENZA Per avere diritto alle prestazioni previste dalla garanzia **Malattie Gravi** al punto 3 del presente Set Informativo, l'Assicurato dovrà essere in vita al Momento della Diagnosi. Se il decesso dell'Assicurato dovesse sopravvenire prima della conferma della diagnosi, non verrà corrisposto alcun Indennizzo

3.1 Prestazione massima

La prestazione massima della garanzia **Malattie Gravi** pagabile per Assicurato e per Annualità assicurativa è pari a:

Opzione 1	€ 10.000,00 (diecimila)	Opzione 2	€ 15.000,00 (quindicimila)	Opzione 3	€ 25.000,00 (venticinquemila)
------------------	----------------------------	------------------	-------------------------------	------------------	----------------------------------

3.2 Periodo di Carenza e Franchigia

La garanzia **Malattie Gravi** è soggetta ad un Periodo di Carenza di 90 giorni.

La garanzia **Malattie Gravi** non è soggetta ad alcuna Franchigia.

4. LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Per tutte le garanzie

L'assicurazione prevista dalla presente Polizza è prestata per le alterazioni dello stato di salute dell'Assicurato insorte e diagnosticate dopo l'efficace decorrenza della garanzia.

L'Assicurato non avrà diritto ad alcuna prestazione da parte dell'Assicuratore e questo non sarà tenuto al pagamento dell'Indennizzo in caso di:

- guida di qualsiasi veicolo o natante a motore, se l'Assicurato sia privo dell'abilitazione prescritta dalle disposizioni vigenti, salvo il caso di guida con patente scaduta, ma a condizione che l'Assicurato abbia, al momento del Sinistro, i requisiti per il rinnovo;
- insorgenza di una grave patologia che si manifesti sia dovuta ad AIDS (sindrome di immunodeficienza acquisita) ovvero ad altra patologia a essa collegata
- uso, anche come passeggero, di aeromobili, compresi deltaplani, ultraleggeri, parapendio;
- Alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti e allucinogeni;
- partecipazione dell'Assicurato a delitti da lui commessi o tentati;
- guerra (dichiarata o non dichiarata) o insurrezione. Se l'Assicurato risulta sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici mentre si trova fuori dall'Italia, l'esclusione opera dopo il 14° giorno dall'inizio delle ostilità;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- pratica di sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore, del paracadutismo e di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale, principale o secondaria;

Specificamente per le garanzie **Ricovero Ospedaliero e Malattie Gravi sono esclusi:**

- ricadute o recidive di patologie in atto o preesistenti alla data decorrenza della Polizza;
- ricoveri in lungodegenza;
- ricoveri Impropri;
- cure non previste dai protocolli riconosciuti dall'Istituto Superiore della Sanità;

5. DURATA, DECORRENZA E CONCLUSIONE DELLA POLIZZA

Per ogni Assicurato e sempre che sia pagato il Premio, la copertura assicurativa relativa alla Polizza ha una durata di un mese ed è automaticamente rinnovabile, in assenza di disdetta, per un uguale periodo di un mese, e così via in occasione di ogni successiva scadenza.

L'Assicurato aderisce alla Polizza con le seguenti modalità:

- qualora la Polizza sia conclusa attraverso call center e adesione telefonica da parte dell'Assicurato: la copertura assicurativa della Polizza decorre dalle ore 24:00 del giorno dell'adesione telefonica da parte dell'Assicurato. L'Assicurato riceverà il Modulo di Adesione su supporto durevole e sarà tenuto a sottoscrivere e restituire tale Modulo di Adesione a Banca PSA Italia S.p.A. c/o IdeaCall s.r.l., via Goldoni, 38/40 - Trezzano sul Naviglio - 20090 (MI);
- qualora la Polizza sia conclusa attraverso il sito internet previo invio all'Assicurato di e-mail con indicazione del link che rimanda al sito internet dove l'Assicurato aderisce alla Polizza in modalità online: la copertura assicurativa decorre dalla data di sottoscrizione da parte dell'Assicurato mediante utilizzo di soluzioni di firma elettronica messe a disposizione dall'Intermediario..

AVVERTENZA: se l'Assicurato omette di comunicare all'Assicuratore la modifica del rischio assicurato rispetto a quanto dichiarato alla Data di Adesione alla Polizza, tale omissione può cagionare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la cessazione della Polizza conformemente agli artt. 1897 e 1898 del Codice Civile.

AVVERTENZA: i diritti derivanti dal presente Contratto si prescrivono entro due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto, ai sensi dell'art. 2952, secondo comma, del Codice Civile.

6. PERSONE ASSICURABILI

Possono aderire al Contratto soltanto persone residenti in Italia che al momento dell'adesione al Contratto non abbiano già superato i 70 anni di età. Qualora l'Assicuratore accerti che, avuto riguardo all'età effettiva e alla residenza, l'Assicurato non avrebbe potuto aderire al Contratto, o nel caso in cui accerti che l'Assicurato ha reso dichiarazioni false o reticenti relative a circostanze che avrebbero determinato l'impossibilità per l'Assicurato di aderire al Contratto medesimo, si applicheranno le disposizioni degli articoli 1892 e 1893 del Codice Civile.

7. DISDETTA DELLA POLIZZA

Secondo quanto stabilito dall'articolo 67-duodecies del Decreto Legislativo n.206/2005 (Codice del Consumo), l'Assicurato ha il diritto di recedere dalla Polizza entro 60 (sessanta) giorni dalla data di adesione indicata al punto 5 della Polizza, mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno all'Assicuratore all'indirizzo:

Stellantis Insurance Europe LTD
c/o Banca PSA Italia SpA
Via Gallarate 199, 20151, Milano (MI)

Ciascuna parte (Assicurato ed Assicuratore) potrà comunicare formalmente la propria disdetta del Contratto dandone comunicazione all'altra parte mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno a Stellantis Insurance Europe Ltd c/o Banca PSA Italia SpA, Via Gallarate 199, 20151, Milano (MI), da inviarsi con un preavviso non inferiore a trenta giorni da ciascuna scadenza mensile del Contratto.

8. CESSAZIONE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa della Polizza termina automaticamente al verificarsi di uno dei seguenti eventi:

- Trenta giorni dopo l'esercizio del diritto di disdetta mensile oppure alla data di scadenza dell'ultima Rata prevista dal piano di ammortamento del Contratto di Finanziamento o di Locazione Finanziaria e, in ogni caso, non oltre gli 96 (novantasei) mesi dalla data di decorrenza del Contratto di Finanziamento o di Locazione Finanziaria;
- in caso di risoluzione del Contratto di Finanziamento o di Locazione Finanziaria;
- alla data in cui il Debito Residuo viene corrisposto per qualsiasi motivo;
- trasferimento della residenza dell'Assicurato al di fuori dell'Italia;
- morte dell'Assicurato;
- in ogni caso in seguito alla liquidazione della garanzia Malattie Gravi al punto 3 della Polizza;

L'eventuale incasso del Premio successivamente al termine della copertura assicurativa nei casi indicati precedentemente, non comporterà alcun obbligo per l'Assicuratore di fornire la copertura assicurativa prevista dal Contratto. Qualsiasi importo addebitato o versato successivamente alla cessazione di efficacia della copertura assicurativa verrà tempestivamente rimborsato all'Assicurato senza interessi.

9. PAGAMENTO DEL PREMIO

Il Premio è pagato mensilmente ed è pari all'importo indicato nel Modulo di Adesione, a seconda dell'opzione sottoscritta nello stesso dall'Assicurato, ed è comprensivo di imposte.

Il pagamento sarà effettuato tramite mandato SEPA.

Se l'Assicurato non paga il Premio, la Polizza resta sospesa dalle ore 24:00 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno in cui è effettuato il pagamento, ferme le successive scadenze ed il diritto dell'Assicurato al pagamento dei Premi scaduti ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Il Premio deve essere pagato alla Contraente, autorizzata dall'Assicuratore stesso alla esazione dei Premi.

10. DENUNCIA DEL SINISTRO

I Sinistri devono essere denunciati entro 30 giorni da quando l'Assicurato ne ha conoscenza con una comunicazione scritta da inviarsi con le seguenti modalità:

- lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al Medico di Stellantis Insurance Europe Ltd, c/o Banca PSA Italia S.p.A. in Via Gallarate 199, 20151, Milano (MI).
- Oppure
- inviando e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica: perfetto@stellantis-finance.com

Il "Modulo per la denuncia del Sinistro" può essere richiesto per e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica: perfetto@sellantis-finance.com oppure è disponibile per il download sul sito della Contraente.

Qualsiasi certificato medico dovrà essere redatto su carta intestata del Medico o della ASL o di altro ente competente che lo ha rilasciato e deve recare firma e timbro del Medico che lo rilascia.

AVVERTENZA: l'Assicurato dovrà inviare, unitamente al "Modulo per la denuncia del Sinistro", tutta la documentazione richiesta dall'Assicuratore. In ogni caso, l'Assicuratore si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato di sottoporsi a visite mediche.

AVVERTENZA: la notifica di Sinistro sarà considerata completa solo al ricevimento di tutta la documentazione richiesta.

Al fine di una corretta gestione e valutazione del Sinistro, l'Assicurato dovrà inviare la documentazione richiesta dall'Assicuratore:

Per la **garanzia Ricovero Ospedaliero**:

- Il Modulo per la denuncia del Sinistro da richiedere all'Assicuratore debitamente compilato e firmato;
- copia della certificazione medica attestante la data di ricovero e delle dimissioni;
- copia della Cartella Clinica attestante le cause che hanno determinato il ricovero.

Per la **garanzia Malattie Gravi**:

- Il Modulo per la denuncia del Sinistro da richiedere all'Assicuratore debitamente compilato e firmato
- in caso di Ricovero: Cartella Clinica in copia conforme all'originale dalla quale risultino diagnosi e periodo di degenza;
- in assenza di Ricovero: certificato medico originale attestante la Malattia Grave dal quale risultino diagnosi, prognosi e trattamenti previsti;

L'Assicuratore si impegna a liquidare gli Indennizzi entro 30 giorni dalla conclusione della gestione del Sinistro per mezzo della Contraente.

AVVERTENZA: La diagnosi rilasciata all'Assicurato (in vita) da una struttura medica al di fuori dell'Unione Europa (inclusi Svizzera, Norvegia, Islanda e Regno Unito), Stati Uniti D'America, Canada e Australia dovrà essere confermata da una struttura sanitaria ubicata in Italia.

Avvertenza: in ogni caso, l'Assicuratore si riserva il diritto di richiedere ulteriore documentazione, anche in caso di decesso dell'Aderente, o di prevedere accertamenti di diversa natura.

11. COMUNICAZIONI, ELEZIONI DI DOMICILIO

Tutte le comunicazioni del Contraente e dell'Assicurato relative all'Assicurazione dovranno essere inviate a mezzo di lettera raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata all'Assicuratore presso:

Stellantis Insurance Europe Ltd,

c/o Banca PSA Italia S.p.A.
Via Gallarate 199, 20151, Milano (MI)

Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore al Contraente e all'Assicurato saranno indirizzate al domicilio indicato da questi al momento della sottoscrizione.

Le variazioni eventualmente intervenute nel domicilio di una delle Parti e che non saranno state comunicate per iscritto secondo le modalità di cui al presente articolo non sono opponibili all'altra Parte.

12. SANZIONI INTERNAZIONALI

Il presente Contratto sarà privo di effetto allorché la sua esecuzione, il pagamento di un Sinistro o la fornitura di qualsiasi prestazione o servizio da esso previsto possa esporre l'Assicuratore ad una qualsiasi sanzione, restrizione o proibizione secondo risoluzioni e/o sanzioni commerciali e/o economiche dell'ONU, oppure secondo leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli USA.

13. LEGGE APPLICABILE E FORO COMPETENTE

Il Contratto di assicurazione è regolato dalla Legge Italiana.

Per qualsiasi controversia sarà competente il Foro del luogo in cui l'Assicurato risiede o ha eletto domicilio.

14. OBBLIGHI DEL CONTRAENTE

Con riferimento ai contratti in forma collettiva in cui gli assicurati sostengono in tutto o in parte l'onere economico connesso al pagamento dei premi o sono, direttamente o tramite i loro aventi causa, portatori di un interesse alla prestazione, la Contraente si obbliga a consegnare, prima dell'adesione alla copertura assicurativa, il Set Informativo.

La Contraente si impegna a comunicare agli assicurati le informazioni richieste dalla legge e dai regolamenti di volta in volta applicabili in caso di eventuali trasferimenti di agenzia ed operazioni societarie straordinarie.

15. ALTRE ASSICURAZIONI

La copertura opera indipendentemente da altre assicurazioni, fermo l'obbligo dell'Assicurato, in caso di Sinistro, di **darne avviso per iscritto con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno a tutti gli Assicuratori, indicando a ciascuno le altre compagnie, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.**

16. RECLAMI

Reclami indirizzati all'Assicuratore.

Eventuali reclami relativi alla Polizza dovranno essere presentati per iscritto dall'interessato al seguente indirizzo postale:

Stellantis Insurance Europe Ltd, c/o Banca PSA Italia S.p.A. in Via Gallarate 199, 20151, Milano (MI)

oppure per e-mail al Responsabile dei Reclami all'indirizzo: stellantis-complaints@stellantis.com

L'Assicuratore s'impegna a comunicare per iscritto l'avvenuto ricevimento del reclamo non appena ricevuto e a rispondere e definitivamente allo stesso entro 15 giorni dalla data di ricezione di tutti i documenti necessari al suo esame. Nel caso in cui l'analisi del reclamo non sia completata entro 15 giorni dalla sua ricezione, l'Assicuratore informerà il reclamante su:

- i. le cause del ritardo;
- ii. il nuovo termine temporale previsto per la risoluzione del reclamo.

Reclami indirizzati all'OAFS

Se il richiedente non si ritiene soddisfatto dell'esito del reclamo l'esponente potrà rivolgersi all'Autorità di vigilanza maltese The Office of the Arbitrator for Financial Services istituita ai sensi del Arbitrator for Financial Services Act (Cap.555) sito in 1st Floor, St Calceonius Square, Floriana FRN 1530, Malta.; numero di telefono: 00356 80072366 oppure 00356 21249235, oppure compilando un questionario disponibile al seguente indirizzo: <https://www.financialarbitrator.org.mt/>

Reclami Indirizzati all'IVASS

Qualora l'Assicurato non riceva alcuna risposta al suo reclamo oppure ritenga che la risposta non sia soddisfacente, può scrivere all' IVASS - Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni – Servizio Tutela del Consumatore, Via del Quirinale 21, 00187 Roma (fax: 06.42.133.745 - 06.42.133.353) oppure mediante PEC all'indirizzo ivass@pec.ivass.it, riportando chiaramente i seguenti elementi identificativi:

- nome, cognome e domicilio del reclamante; numero di telefono;
- identificazione dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo del reclamo ed ogni documento utile a supporto dello stesso (copia

del reclamo inviato alla Compagnia e dell'eventuale riscontro ricevuto da quest'ultima, unitamente all'eventuale documentazione utile a descrivere meglio le relative circostanze).

Si fa presente che per inviare un reclamo all'IVASS è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito internet www.ivass.it/comepresentareunreclamo.

MODULO DI ADESIONE

alla Polizza collettiva n.IT5M tra Banca PSA Italia S.p.A. e Stellantis Insurance Europe Ltd

DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO

Versione 082021

Cognome e nome / Ragione Sociale:		C.F. / P. IVA	
Data di nascita	Luogo	Prov.	
Indirizzo / sede legale: Via e n. Civico			
Città	Prov.	CAP	

DICHIARAZIONE DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA IT5M – IMPORTO DI PREMIO

Con la sottoscrizione del presente Modulo di Adesione, l'Assicurato :

a) **aderisce** alla Polizza collettiva n. IT5M avente ad oggetto le garanzie assicurative di Ricovero Ospedaliero, Malattie Gravi, e **sottoscrive** per entrambi la seguente opzione:

Opzione 1 <input type="checkbox"/>	Opzione 2 <input type="checkbox"/>	Opzione 3 <input type="checkbox"/>
Premio unico mensile	€ 11.00	Premio unico mensile
		€ 16.00
		Premio unico mensile
		€ 26.00

Il Premio è comprensivo di imposta.

b) **prende atto** che il Premio è versato dall'Assicurato alla Contraente tramite mandato SEPA.

c) **prende atto** che la Polizza collettiva n. IT5M si conclude e si intende perfezionata verbalmente al momento dell'adesione telefonica o adesione via piattaforma web e, una volta perfezionata, è vincolante.

d) **prende atto e conferma** che le coperture hanno effetto dalle ore 24:00 del giorno dell' adesione telefonica in caso di conclusione del contratto attraverso call center o dalla data in cui l'Assicurato, in caso di adesione online sul sito internet, sottoscrive la Polizza mediante firma digitale, hanno durata di un mese e sono automaticamente rinnovabili per un uguale periodo di un mese, e così via in occasione di ogni successiva scadenza, salvo disdetta scritta.

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE DI CONSEGNA DELL'INFORMATIVA PRECONTRATTUALE E CONTRATTUALE ALL'ASSICURATO

L'Assicurato dichiara:

a) di aver ricevuto e visionato, prima della sottoscrizione del Modulo di Adesione, la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista ai sensi del Regolamento IVASS 41/2018 e degli artt. 56, 66 e 73 del Regolamento IVASS 40/2018 nonché da ogni altra disposizione vigente ed applicabile alla presente Polizza collettiva;

b) di aver **LETTO, COMPRESO e ACCETTATO** il Set Informativo che include il DIP Danni, il DIP Aggiuntivo Danni, le Condizioni Generali di Assicurazione comprensive del Glossario, l'Informativa sulla Protezione dei Dati, gli Allegati 3, 4 e 4 *ter* al Regolamento IVASS 40/2018.

Data _____ Firma _____

AVVERTENZA: L'Assicurato dichiara altresì di essere consapevole che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti fornite per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI

L'Assicurato dichiara di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali di cui al Set Informativo, redatta ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 e delle norme di recepimento nazionale e fornitogli da Stellantis Insurance Europe Limited prima della sottoscrizione del presente Modulo.

Sono consapevole che il mancato conferimento dei dati personali, necessari alle Compagnie per le finalità illustrate nella Informativa sulla protezione dei dati, comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale.

Data _____ Firma dell'Assicurato _____

DICHIARAZIONE AI FINI DI APPROVAZIONI SPECIFICHE

Il sottoscritto **dichiara di approvare specificamente** – ai sensi e per gli effetti degli articoli del Codice Civile 1341 e 1342, le clausole vessatorie e il disposto dei seguenti articoli delle **Condizioni di Assicurazione** della Polizza IT5M: **art.1** "oggetto della copertura", **art.2** "Ricovero Ospedaliero", **art. 3** "Malattie Gravi", **art. 4** "Limitazioni ed esclusioni", **art.5** "Durata, decorrenza e conclusione della Polizza", **art. 8** "Cessazione della copertura assicurativa" **art. 10** "Denuncia del Sinistro", **art. 14** "Legge Applicabile e Foro Competente".

Data	Firma dell'Assicurato
------	-----------------------

INFORMATIVA RELATIVA ALLA PROTEZIONE DEI DATI

Ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento (UE) 2016/679 (“**GDPR**”), forniamo di seguito l’Informativa relativa al trattamento dei dati personali (intendendosi qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile («interessato»); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all’ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale) forniti direttamente dall’Assicurato/dall’Aderente o da suoi aventi causa (nel prosieguo anche solo “**Assicurato**” o l’ “**Interessato**”) o da terzi autorizzati dall’Assicurato e/o dai suoi aventi causa che sarà svolto nell’ambito della gestione ed esecuzione della Polizza.

1. Titolare del trattamento

1.1 Il Titolare del trattamento è:

Stellantis Insurance Europe Limited società con Direzione generale e sede sociale in 53, MIB House, Abate Rigord Street - Ta’ Xbiex, XBX 1122, Malta; indirizzo di posta elettronica: stellantis-insurance@stellantis.com.

(nel prosieguo il “**Titolare**” o l’ “**Assicuratore**”).

2. Categoria di Dati trattati

2.1 Nell’ambito della gestione ed esecuzione del Contratto potranno essere trattati i seguenti Dati personali, forniti direttamente dall’Interessato all’atto dell’adesione alla Polizza: nome, cognome, denominazione sociale, codice fiscale, partita IVA, data e luogo di nascita, indirizzo di residenza/sede legale, dati di polizza, veicolo e modello.

3. Finalità della richiesta del trattamento dei Dati per il soggetto interessato, base giuridica e natura obbligatoria o facoltativa del conferimento dei Dati

3.1. L’Assicuratore, in qualità di Titolare del trattamento dei dati, stabilisce che i Dati personali dell’Assicurato) sono trattati per le seguenti finalità:

(i) stipulare, gestire ed eseguire il Contratto (comprese, a titolo esemplificativo ma non esaustivo, l’acquisizione delle informazioni prima della sottoscrizione del Contratto, l’esecuzione delle operazioni sulla base degli obblighi derivanti dalla sottoscrizione del Contratto e per la liquidazione dei Sinistri in relazione esclusivamente al Contratto);

(ii) per soddisfare obblighi giuridici, regolamenti, normativa comunitaria o disposizioni di autorità pubbliche od organi di vigilanza o controllo e in particolare la lotta contro il riciclaggio del denaro sporco, contro la frode assicurativa;

(iii) per l’analisi e controlli incrociati dei Dati dell’Assicurato con quelli dei partners dell’Assicuratore al fine di migliorare i nostri prodotti e servizi.

(iv) per accertare, esercitare o difendere i diritti in sede giudiziaria.

3.2. La **base giuridica** per:

-il trattamento dei Dati personali di cui alla finalità 3.1(i) è la Polizza,

- il trattamento di cui alla finalità 3.1(ii) è l’obbligo di legge;

- il trattamento di cui alla finalità 3.1(iii) è lo specifico consenso dell’Assicurato/Aderente;

- il trattamento di cui alla finalità 3.1(iv) è il legittimo interesse del Titolare ad esercitare o difendere i propri diritti in sede giudiziaria, sul quale si ritiene che non prevalga alcun diritto, interesse o libertà fondamentale dell’Assicurato/Aderente.

3.3. Le summenzionate finalità necessitano del trattamento dei Dati personali di ciascun Assicurato. Il conferimento dei Dati personali non è obbligatorio. Tuttavia, il mancato conferimento dei Dati personali per le finalità di cui ai paragrafi 3.1(i), 3.1(ii) e 3.1(iv) pur se legittimo, potrebbe compromettere l’instaurazione e/o la normale esecuzione del rapporto contrattuale, mentre il mancato conferimento dei dati per la finalità di cui al paragrafo 3.1(iii) non avrà alcuna conseguenza sulla possibilità di stipulare e gestire la Polizza ma non sarà possibile analizzare e valutare i Dati dell’Assicurato/Aderente.

dell’Assicurato/Aderente.

4. Modalità del trattamento dei Dati

4.1 I Dati dell’Assicurato/Aderente sono trattati (durante la raccolta, la conservazione, l’uso, la notifica alle parti e alle autorità pubbliche e agli organi di vigilanza) mediante strumenti manuali, informatici ed elettronici automatizzati, per il periodo necessario al raggiungimento delle finalità per cui sono stati raccolti come meglio specificato al paragrafo 8 “Tempi di conservazione” che segue. Per garantire la sicurezza e la riservatezza dei Dati e prevenirne la perdita, l’uso illecito o improprio e gli accessi non autorizzati, l’Assicuratore ha adottato specifiche misure di sicurezza in conformità alla vigente normativa in materia di protezione dei dati.

4.2 I Dati non saranno oggetto di un processo decisionale automatizzato.

5. Comunicazione dei Dati

5.1. Per le finalità indicate al paragrafo 3 che precede, i Dati personali saranno trattati da coloro che sono all'interno dell'organizzazione dell'Assicuratore (ad es. dipendenti dei seguenti uffici: Amministrazione, Procurement, Finanza) o all'esterno della stessa (ad es. soggetti che offrono assistenza legale, IT o servizi di spedizione, di controllo e vigilanza dell'Assicuratore) e, in ogni caso, da coloro che sono responsabili del trattamento – nell'esercizio delle loro funzioni – e che possono venire a conoscenza dei Dati personali dell'Assicurato. Tali soggetti sono designati per iscritto dall'Assicuratore quali Responsabili del trattamento dei dati o Incaricati al trattamento dei dati.

5.2. I Dati personali raccolti per il raggiungimento esclusivamente per le finalità indicate al paragrafo 3 che precede possono anche essere comunicati:

- a) nell'ambito delle rispettive competenze, a persone fisiche o giuridiche che si occupano dei sistemi informatici dell'Assicuratore e/o a terzi che svolgono servizi specifici per conto dell'Assicuratore (ad es. assistenza legale, IT, servizi di elaborazione e trasmissione delle informazioni ai/dai clienti anche mediante call center; servizi di archiviazione della documentazione, assistenza ai clienti, gestione e controllo delle frodi, obblighi di vigilanza, revisione e certificazione dell'attività dell'Assicuratore anche nell'interesse del cliente, consulenza, recupero crediti, servizi bancari, finanziari o assicurativi);
- b) alle parti che costituiscono la cosiddetta "filiera assicurativa" (ad es. intermediari, riassicuratori, coassicuratori);
- c) alle parti che distribuiscono prodotti e servizi dell'Assicuratore;
- d) alle società appartenenti al Gruppo Stellantis Peugeot Citroën e a Santander Consumer Finance Group e ad essi collegate o da essi controllate;
- e) Banca PSA Italia SpA;
- f) medico di Stellantis Insurance Europe Ltd.

5.3. I soggetti a cui i Dati personali dell'Assicurato possono essere comunicati sono inseriti in un elenco aggiornato disponibile presso la sede legale dell'Assicuratore.

Tali soggetti utilizzeranno i Dati ricevuti in qualità di "Titolari autonomi del trattamento dei dati" salvo il caso in cui siano designati dall'Assicuratore "Responsabile del trattamento dei dati".

6. Trasferimento dei Dati

6.1. I dati del(i) richiedente(i) potrebbero essere comunicati a destinatari situati in Paesi terzi che non sono membri dell'Unione Europea. Questi trasferimenti dei dati sono regolati dalle decisioni di adeguatezza della Commissione Europea che ha riconosciuto che detti Paesi offrono un livello adeguato di protezione dei dati, o da adeguate garanzie come le norme vincolanti d'impresa (Binding Corporate Rules - BCR) o le clausole contrattuali tipo (Standard Contractual Clauses - SCC) adottate o approvate dalla Commissione Europea. Il(i) richiedente(i) ha (hanno) il diritto di richiedere una copia di tali garanzie contattando il responsabile della protezione dei dati (DPO).

7. Tempi di conservazione

7.1. I Dati dell'Assicurato per le finalità di cui al paragrafo 3.1(i), 3.1(ii), 3.1(iii) e 3.1(iv) saranno conservati per la durata necessaria per la gestione della Polizza che non eccederà i 10 (dieci) anni successivi dalla scadenza della Polizza o dall'ultima comunicazione con il cliente a seconda di quale dei due eventi si è verificato per ultimo, fatti salvi i casi in cui l'ulteriore conservazione non sia giustificata da ulteriori esigenze di legge, da contenzioni e/o da richieste dell'autorità competenti.

8. Diritti dell'Assicurato

Ai sensi degli articoli 13, comma 2, lettere b), c) e d) e 15-22 del GDPR, l'Assicurato:

a) ha il diritto di chiedere l'**accesso** ai propri Dati personali unitamente a indicazioni relative alla finalità del trattamento, alla categoria dei dati personali trattati, ai soggetti o categorie di soggetti ai quali essi sono stati o saranno comunicati (con indicazione dell'eventualità in cui tali soggetti siano situati in paesi terzi o siano organizzazioni internazionali), quando possibile, al periodo di conservazione dei dati personali o ai criteri utilizzati per determinare tale periodo, all'esistenza dei propri diritti di rettifica e/o cancellazione dei dati personali, di limitazione del trattamento e di opposizione al trattamento, al diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, all'origine dei dati, all'esistenza e alla logica applicata in caso di processo decisionale automatizzato. Qualora eserciti tale diritto e salvo diverse indicazioni, l'Assicurato riceverà una copia in formato elettronico dei propri Dati personali che formano oggetto di trattamento.

b) ha inoltre diritto di ottenere:

i. la **rettifica** dei propri Dati personali, qualora gli stessi risultino inesatti o incompleti;

ii. la **cancellazione** dei propri Dati personali, qualora sussista una delle condizioni di cui all'art. 17 del GDPR (ad esempio: i dati personali non risultano più necessari rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti, l'Assicurato decide di revocare il proprio consenso al trattamento – ove questo ne rappresenti la base giuridica – e non sussista altro

fondamento giuridico per il trattamento stesso, l'Assicurato si oppone al trattamento e non prevalga altro interesse legittimo del Titolare, i dati personali dell'Assicurato sono trattati illecitamente);

iii. la **limitazione** del trattamento dei Dati personali che riguardano l'Assicurato 1) per il tempo necessario al Titolare ad appurare l'esattezza dei dati personali dell'Assicurato (nel caso in cui Lei l'abbia contestata), o 2) qualora il trattamento dei dati personali risulti illecito e l'Assicurato chieda, in luogo della cancellazione dei propri dati personali, la limitazione del relativo trattamento, o 3) quando il Titolare non abbia più bisogno dei dati personali dell'Assicurato ma gli stessi siano per l'Assicurato necessari per accertare, esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria, o, infine, 4) per il tempo necessario a valutare l'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del Titolare rispetto a quelli dell'Assicurato, qualora l'Assicurato si sia opposto al trattamento dei propri dati personali ai sensi del punto c) che segue;

iv. i Dati in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico anche al fine di trasmetterli ad altro titolare, qualora il trattamento si basi sul consenso o su un contratto e sia effettuato con mezzi automatizzati (cd. diritto alla **portabilità dei dati**). Se di interesse dell'Assicurato, potrà chiedere al Titolare di trasmettere i propri Dati direttamente all'altro titolare, se ciò risulterà tecnicamente fattibile.

c) ha inoltre diritto di **opporvi** al trattamento dei propri Dati, qualora tale trattamento sia effettuato ai sensi dell'art. 6.1 lett. e) (i.e. per l'esecuzione di un compito pubblico di cui è investito il Titolare) o lett. f) (i.e. per perseguire un legittimo interesse del Titolare) del GDPR, a meno che non sussistano motivi legittimi cogenti del Titolare a procedere al trattamento, ai sensi dell'art. 21 del GDPR.

d) ha il diritto di **revocare in ogni momento il consenso** prestato senza pregiudicare la liceità del trattamento dei propri Dati basato sul consenso ed effettuato prima della revoca.

e) qualora effettuato, ha il diritto di **non essere sottoposto a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato**, compresa la profilazione, che produca effetti giuridici che la riguardano o che indica in modo analogo significativamente sulla sua persona, avendo altresì il diritto di **ottenere l'intervento umano** da parte del titolare, di **esprimere la propria opinione** e di **contestare la decisione**.

f) qualora non sia soddisfatto del trattamento dei propri Dati dal Titolare effettuato, ha il diritto di **proporre un reclamo** al Garante per la protezione dei dati personali, seguendo le procedure e le indicazioni pubblicate sul sito web ufficiale di tale autorità (www.garanteprivacy.it).

g) Le eventuali rettifiche o cancellazioni dei Dati dell'Assicurato o limitazioni del trattamento effettuate su richiesta dell'Assicurato - salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato - saranno dal Titolare **comunicare a ciascuno dei destinatari** cui saranno stati eventualmente trasmessi i Dati dell'Assicurato in conformità alla presente informativa.

9. Ulteriori informazioni: Data Protection Officer (DPO) e esercizio dei diritti dell'interessato

L'esercizio dei diritti che precedono non è soggetto ad alcun vincolo di forma ed è gratuito. Il Titolare potrebbe richiedere all'Assicurato di verificare l'identità dello stesso prima di intraprendere ulteriori azioni a seguito della richiesta.

L'Assicurato può ricevere ulteriori informazioni ed esercitare i propri diritti inviando un'email a stellantisinsurance-privacy@stellantis.com o per posta scrivendo a: Data Protection Officer, Stellantis Insurance Europe Ltd, 53, MIB House, Abate Rigord Street, Ta Xbiex, XBX1122.