

## CONDIZIONI GENERALI DELLA POLIZZA PIANO INVALIDITÀ PERMANENTE

### INFORMAZIONI GENERALI SULLA POLIZZA

#### DIRITTO DI RECESSO

##### Il Suo diritto di recesso

Lei può recedere dalla Polizza in qualsiasi momento rivolgendosi al Servizio Clienti, i cui dettagli di contatto sono riportati nell'Allegato.

**Qualora, come di seguito indicato nella sezione G – 1 "Revisione delle Condizioni della Polizza" Noi effettuassimo una modifica del Premio o delle Condizioni Generali della Polizza e tali modifiche si rivelassero per Lei inaccettabili, Lei potrà recedere dalla Polizza. Le modifiche del Premio e/o delle Condizioni Generali non saranno considerate valide nel caso in cui il recesso sia effettuato prima della data di modifica indicata nell'Allegato.**

**Nel caso di esercizio del diritto di recesso da parte Sua, non sarà effettuato alcun rimborso dei Premi versati.** Lei continuerà a beneficiare della copertura prevista dalla Polizza fino alla scadenza del Premio successivo. In seguito, non saranno dovuti altri Premi.

##### Recesso dalla Polizza da parte Nostra

**Ci riserviamo il diritto di cancellare la Polizza in qualsiasi momento dandoLe un preavviso scritto di minimo 30 giorni al Suo ultimo indirizzo noto, al fine di lasciarLe il tempo o l'opportunità, qualora lo desiderasse, di provvedere a una copertura sostitutiva.**

Le indicheremo le ragioni del recesso dalla Polizza nella Nostra lettera. A titolo esemplificativo, potranno costituire valido motivo di recesso le seguenti ragioni:

- **mancato pagamento di un Premio, come indicato nella successiva sezione B;**
- **informazioni inesatte da Lei fornite od omesse informazioni che siano rilevanti ai fini della Sua Polizza, come indicato nella successiva sezione G.2**

##### Istituto Italiano per la Vigilanza sulle Assicurazioni – IVASS

- Indirizzo: IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, via del Quirinale 21- 00187, Roma.
- Telefono: +39 06 421331
- E-mail: [scrivi@ivass.it](mailto:scrivi@ivass.it)
- Pec email: [ivass@pec.ivass.it](mailto:ivass@pec.ivass.it) (utilizzando l'apposito modulo presente sul sito [www.ivass.it](http://www.ivass.it))

Per maggiori informazioni sulla presentazione di un reclamo a Noi o all'IVASS ed esempi di reclami si prega di visitare il sito [www.ivass.it](http://www.ivass.it) – alla sezione “per il Consumatore – Come presentare un reclamo”.

##### Financial Ombudsman Service (FOS)

- Indirizzo: Financial Ombudsman Service, Exchange Tower, Harbour Exchange Square, Isle of Dogs, Londra, E14 9SR, Regno Unito.
- Telefono: 0800 023 4567
- Sito web: [www.financial-ombudsman.org.uk](http://www.financial-ombudsman.org.uk)

I reclami presentati al FOS o all' IVASS non pregiudicano il Suo diritto ad agire contro Noi e la possibilità di usufruire della procedura di mediazione e conciliazione al fine di facilitare la risoluzione della controversia.

**Financial Conduct Authority (FCA).** È altresì possibile presentare reclamo alla Financial Conduct Authority, che regola il Nostro settore.

- Indirizzo: Financial Conduct Authority, 12 Endeavour Square, Londra, E20 1JN, Regno Unito
- Telefono: +44 (0) 20 7066 1000

## **A. SOGGETTI AMMESSI ALLA STIPULA DELLA PRESENTE POLIZZA**

Per poter stipulare la presente Polizza, Lei e il Suo Partner (se la relativa copertura è stata selezionata) dovete presentare i seguenti requisiti:

- avere un'età compresa fra 18 e 60 anni (inclusi) alla Data di inizio; e
- essere residenti in Italia.

## **B. PERIODO DI COPERTURA ASSICURATIVA E PREMIO**

### **Inizio della copertura**

La copertura ha inizio a decorrere dalla Data di inizio. Qualsiasi eventuale modifica della copertura ha inizio a decorrere dalla Data di modifica. Entrambe le date sono indicate nell'Allegato.

### **Periodo di copertura assicurativa e rinnovo**

La Polizza ha una durata mensile e si rinnova automaticamente al termine di ogni intero mese di calendario a decorrere dalla Data di inizio della Polizza e continuerà ad essere rinnovata per un periodo di tempo indeterminato, a condizione che Lei provveda a versare, alle scadenze previste, l'importo dei Premi indicato nell'Allegato (o secondo la tariffa in vigore al momento del rinnovo e da Noi precedentemente comunicata).

**In caso di mancato versamento del Premio, la Polizza non sarà rinnovata, come di seguito descritto.**

Il Premio mensile dovuto per la copertura assicurativa è indicato nell'Allegato alla Polizza. Il Premio include le tasse e le soprattasse a Lei applicabili secondo l'aliquota in vigore.

Lei inizierà a pagare per la Sua copertura alla data indicata nell'Allegato; Successivamente, il premio sarà riscosso lo stesso giorno di ogni mese.

**Lei dovrà informarci il prima possibile di qualsiasi variazione che comporti la cessazione del diritto del Partner o dei Figli Assicurati, ai fini di non pagare premi mensili in eccesso.**

**In caso di mancato pagamento del Premio, Lei avrà trenta (30) giorni di tempo per effettuare il versamento, fermo restando il rispetto delle condizioni della Polizza. In caso di mancato pagamento nel termine sopra previsto, la Polizza non sarà rinnovata e la copertura assicurativa prevista sarà da Noi sospesa.**

In caso di versamento del Premio entro i trenta (30) giorni dalla scadenza, la copertura sarà attiva come se il pagamento fosse stato effettuato alla data di scadenza originaria.

Su Sua richiesta, provvederemo a ripristinare la Polizza purché Lei versi il Premio dovuto entro 6 mesi dalla data di avvenuta sospensione della Polizza. Se Lei non effettua il versamento del Premio mancante entro 6 mesi la Sua Polizza sospesa verrà cancellata da Noi dalla data di rinnovo successiva alla scadenza del periodo di 6 mesi.

Non è prevista alcuna copertura assicurativa per i sinistri verificatisi nel periodo successivo alla sospensione della Polizza e prima di ricevere la richiesta la riattivazione della stessa.

***N.B.: Lei potrebbe dover versare altri oneri a favore del Suo operatore dei servizi di pagamento. Per qualsiasi richiesta di chiarimento in merito agli oneri applicati dal Suo operatore dei servizi di pagamento, La invitiamo a contattarlo direttamente.***

### **Cessazione della copertura**

Qualsiasi copertura ai sensi della presente Polizza termina automaticamente nelle seguenti circostanze, a seconda di quale si verifichi per prima:

- alla Sua morte;
- alla data di rinnovo dopo il compimento del Suo settantacinquesimo (75) anno di età;
- alla data in cui regoleremo il pagamento della Prestazione di Invalidità la quale, insieme con qualsiasi precedente pagamento della Prestazione di Invalidità, equivale alla totale quantità massima indennizzabile ai sensi della presente Polizza, come descritto nella Sezione D. Casi Di Restrizione Della Copertura E Delle Prestazioni
- in caso di recesso dalla Polizza da parte Sua;
- in caso di recesso dalla Polizza da parte Nostra; o
- nel caso in cui Lei cessi di essere Residente in Italia.

**Se la Polizza prevede copertura del Suo Partner e/o di un Figlio assicurato, il Partner o il Figlio assicurato cesseranno di essere coperti dalla Polizza qualora:**

- non rispondano più alla descrizione riportata nella sezione Glossario;
- riconosceremo loro la Prestazione di Invalidità la quale, insieme con qualsiasi precedente pagamento della Prestazione di Invalidità, equivale alla totale quantità massima indennizzabile ai sensi della presente Polizza, come descritto nella Sezione D. Casi di restrizione della copertura e delle prestazioni

Il Partner cesserà di essere coperto alla data di rinnovo dopo il compimento del loro settantacinquesimo (75) anno di età.

#### Sospensione della copertura

La copertura della presente Polizza sarà sospesa per un massimo di 6 mesi dalla data dell'ultimo Premio dovuto e non verrà da Noi riattivata a meno che Lei non provvederà al pagamento dei Premi mensili arretrati.

#### C. OGGETTO DELLA COPERTURA

Pagheremo al Beneficiario le Prestazioni indicate di seguito durante il periodo di copertura della polizza. Il totale della Prestazione è indicato nell' Allegato.

##### *ij) Prestazione per Invalidità Accidentale*

La *Prestazione per Invalidità Accidentale* sarà corrisposta qualora un Adulto Assicurato o un Figlio Assicurato incorra in una Invalidità che sia conseguenza diretta di un Sinistro avvenuto nell'Area di Copertura.

##### *ii) Prestazione per Morte Accidentale*

La *Prestazione per Morte Accidentale* sarà corrisposta in caso di Morte Accidentale di un Adulto Assicurato o di un Figlio Assicurato avvenuta all'interno dell'Area di Copertura.

#### D. CASI DI RESTRIZIONE DELLA COPERTURA E DELLE PRESTAZIONI – LIMITAZIONI

##### Prestazioni

- Il livello delle Prestazioni sarà quello in vigore alla data del Sinistro;
- L'ammontare della Prestazione sarà ridotto del 50% quando l'Adulto Assicurato compirà i sessantasei (66) anni d'età;
- La Prestazione per Invalidità Permanente Totale, indicata al numero 3 dell'Allegato, non sarà corrisposta una volta che l'Adulto Assicurato abbia compiuto i sessantasei (66) anni d'età.;
- La Prestazione per Morte Accidentale di un Figlio Assicurato è fissata a € 5.000;
- Le Prestazioni per l'Invalidità di un Figlio Assicurato indicate ai numeri 1-16 dell'Allegato ammontano al 10% degli importi previsti per l'Adulto Assicurato.

##### Invalidità

1. Quadriplegia	In relazione al punto 1 la Prestazione può essere richiesta una sola volta e, in tal caso, la copertura verrà meno relativamente <b>all'Adulto Assicurato o al Figlio Assicurato affetto da tale Invalidità.</b>
2. Paraplegia	In relazione ai punti 2-16, è possibile richiedere più di una Prestazione, fino ad un importo complessivo massimo di € 150.000 per ogni Adulto Assicurato e € 15.000 per ogni Figlio Assicurato.
3. Invalidità permanente totale	
4. Perdita dell'uso di due arti	
5. Perdita della vista da entrambi gli occhi	
6. Perdita dell'udito da entrambe le orecchie	
7. Perdita dell'uso della parola	
8. Perdita dell'uso di un arto	
9. Perdita della vista da un solo occhio	
10. Perdita dell'udito da un solo orecchio	

11. Perdita dell'uso della spalla o dell'anca	
12. Perdita dell'uso del gomito o del polso	
13. Perdita dell'uso del ginocchio o della caviglia	
14. Perdita dell'uso del pollice	
15. Perdita dell'uso di un dito della mano o dell'alluce	
16. Perdita dell'uso di qualsiasi altro dito del piede	

- Le Prestazioni di cui ai punti 12-16 della precedente tabella non possono essere richieste in aggiunta a quelle relative di cui punto 8 qualora queste ultime Invalidità siano relative a parti dello stesso Arto.
- L'Invalidità dovrà presentarsi entro 12 mesi dal Sinistro;
- L'Adulto Assicurato o il Figlio Assicurato dovranno restare in vita per almeno 90 giorni dalla data del Sinistro; in caso contrario, verrà corrisposta la Prestazione da Morte Accidentale.

### **Morte Accidentale**

La Morte accidentale deve avvenire entro 12 mesi dalla data del Sinistro.

### **Condizioni Preesistenti**

Verrà da Noi riconosciuta la Prestazione di Invalidità o Morte Accidentale unicamente in caso di conseguenza diretta dell'Infortunio. Le condizioni preesistenti saranno prese in considerazione nel calcolo dell'importo dovuto nei seguenti casi:

- dove la Condizione Preesistente è una menomazione fisica e l'Infortunio aumenti il livello della menomazione fisica; oppure
- dove la Condizione Preesistente è un fattore contribuente al Sinistro.

Una valutazione medica sarà convertita in percentuale e applicata alla Prestazione dovuta in virtù della Polizza. Se la percentuale calcolata risulterà inferiore al 25%, provvederemo al pagamento della Prestazione integrale. Ci rivolgeremo al Suo Medico per ottenere la suddetta valutazione. Nel caso in cui il Suo Medico non sia in grado o non sia disposto a fornire questa valutazione, questa sarà affidata ad un Medico indipendente.

## **E. ESCLUSIONI DALLA COPERTURA - ESCLUSIONI**

La Prestazione non sarà erogata laddove la Morte accidentale o l'Invalidità sia:

- **dovuta a malattie, patologie o infezioni, e il trattamento medico equivalente, a meno che non siano direttamente causate da un Infortunio;**
- **dovuto a condizione riconducibile a cause naturali, processo degenerativo o disturbo medico o mentale;**
- **cagionata da suicidio o lesioni auto procurate, ovvero da atti od omissioni volontari o incauti presumibilmente in grado di provocare lesioni gravi o decesso, in condizioni di sanità mentale o meno;**
- **dovuta al fatto di essere sotto l'influenza di droghe o farmaci o di subirne gli effetti, salvo che l'assunzione di tali farmaci sia avvenuta nel rispetto delle istruzioni della casa farmaceutica o in conformità a quanto prescritto da un medico abilitato;**
- **dovuta alla guida ed al controllo di un veicolo mentre si era sotto l'influenza o sotto l'azione dell'alcol e/o con livelli di alcol nel sangue o nelle urine superiori a quelli consentiti nel Paese in cui si sia verificato il Sinistro;**
- **conseguenza della partecipazione, concorso o complicità in un atto illecito ai sensi delle leggi vigenti nel territorio in cui si verifica il Sinistro;**
- **conseguenza di guerra (dichiarata e non), invasione, intervento militare o disordine civile, o si verifichi nel corso di servizio attivo, esercitazioni od operazioni delle forze armate;**
- **conseguenza di cure mediche o chirurgiche, salvo che tale trattamento si sia reso necessario in seguito a un Sinistro.**

## F. COME DENUNCIARE UN SINITRO

Per denunciare un sinistro ai sensi della Polizza, si prega di contattare il Servizio Clienti e di richiedere un modulo di denuncia. Noi chiederemo tutte le informazioni e i dati necessari ai fini della gestione del sinistro.

La Prestazione sarà erogata esclusivamente dietro presentazione di tutti i certificati e altre prove da Noi eventualmente richiesti.

Di norma, i soggetti autorizzati a richiedere una Prestazione in virtù della Polizza sono l'intestatario della polizza, il Beneficiario o il Suo legittimo rappresentante. Le informazioni di contatto sono indicate nell'Allegato.

Una volta che Noi accetteremo di pagare la Prestazione, questa verrà erogata tempestivamente al Beneficiario e **cesserà la nostra responsabilità nei confronti della persona assicurata**. In assenza di Beneficiari, pagheremo la Prestazione al successore legale della persona assicurata. Le liquidazioni delle Prestazioni non prevedono il pagamento di interessi a Nostro carico.

## G. DISPOSIZIONI GENERALI

### 1. Revisione delle Condizioni di Polizza

Ci riserviamo la facoltà di modificare i termini e le condizioni della Polizza, inviando al Suo ultimo indirizzo noto una comunicazione scritta con un preavviso di almeno un (1) mese. Qualora le modifiche risultassero accettabili da parte Sua, la Polizza rimarrà attiva e le modifiche apportate ai termini ed alle condizioni entreranno in vigore dalla Data di Modifica. Lei avrà la facoltà di recedere dalla Polizza in caso di mancata accettazione dei termini sottoposti a revisione come descritto nella sezione intitolata Informazioni Generali sulla Polizza, Diritto di recesso dalla Polizza.

L'eventuale preavviso fornito da Noi, Le indicherà le ragioni delle modifiche, ad esempio:

- al fine di rispondere a modifiche legislative;
- al fine di soddisfare requisiti normativi;
- al fine di riflettere nuove disposizioni e codici etici del settore che impongono livelli superiori di tutela del consumatore;
- al fine di rispondere a variazioni di aliquote fiscali; o
- al fine di riflettere altri legittimi aumenti o riduzioni di costi o prestazioni legati all'erogazione continuativa dei servizi e Prestazioni ai sensi della Polizza.

### 2. Informazioni errate e non comunicate

Lei è tenuto a fornire, con la dovuta diligenza, informazioni complete ed accurate ai quesiti da Noi posti all'atto della sottoscrizione della Polizza, nonché in occasione di qualsiasi eventuale modifica o richiesta di erogazione della Prestazione in virtù della Polizza. In caso di dubbi La invitiamo a contattarci.

Nel caso in cui scopriremo che le informazioni da Lei fornite siano incomplete e inaccurate, avremo tre (3) mesi di tempo per contattarLa e:

- Ci riserviamo il diritto di annullare la Polizza e di rifiutare il pagamento di qualsiasi Prestazione;
- Ci riserviamo il diritto di non pagare integralmente la richiesta di Prestazione; o
- L'entità della copertura potrebbe risultarne influenzata.

Inoltre, se Lei o qualsiasi altro soggetto assicurato in virtù della presente Polizza commetta o tenti di commettere una frode in relazione alla medesima o a una richiesta di pagamento della Prestazione, questo porterà all'invalidità della Polizza stessa. In tal caso, Lei e ogni soggetto assicurato in virtù della presente Polizza perderanno qualunque diritto su eventuali Prestazione o alla restituzione dei Premi versati.

Noi abbiamo tre (3) mesi di tempo per contattarLa dalla scoperta di informazioni intenzionali errate o non divulgate, altrimenti la Polizza non può non essere considerata invalida. Non saremo tenuti a pagare alcuna Prestazione durante il suddetto periodo di tre (3) mesi.

### 3. Modifiche del nominativo o Suo indirizzo

Lei dovrà informarci circa ogni cambiamento relativo al Suo indirizzo e/o nominativo. Noi continueremo a comunicare con Lei e ad inviarLe comunicazioni in merito alla Sua Polizza all'ultimo indirizzo e nominativo noti a noi. Presumeremo che le comunicazioni e/o notifiche relative alla Sua Polizza inviate all'ultimo indirizzo noto siano state da Lei ricevute.

#### **4. Duplicazione della polizza**

Si fa presente che, salvo qualora diversamente da Noi concordato, Lei avrà diritto alla copertura assicurativa prevista da una sola Polizza.

Nel caso in cui Lei abbia più di un un Piano Invalidità Permanente con Noi, verrà erogata l'intera prestazione in conformità di tutti i un Piani Invalidità Permanente stipulati, a condizione che siano in vigore e che i Premi dovuti siano stati versati. Tuttavia, a Lei non è consentito richiedere a Noi un nuovo un Piano Invalidità Permanente.

#### **5. Aumento e diminuzione del rischio**

Lei non è tenuto ad informarci in relazione ad ogni circostanza che comporti un aumento o una riduzione del rischio.

**Lei dovrà informarci nel caso ritenga che il Suo Partner e/o Figlio non soddisfino più i criteri elencati nel Glossario, in quanto potrebbero non essere più idonei alla copertura ai sensi della Polizza e per questo Lei potrebbe aver corrisposto un Premio maggiorato.**

#### **6. Il Nostro diritto di ricorrere contro terzi**

Il nostro diritto di agire contro terzi potenzialmente responsabili della Morte Accidentale o dell'Invalidità non pregiudica il pagamento delle Prestazioni.

#### **7. Copertura assicurativa del Suo Partner e/o Figlio**

Qualora Lei abbia scelto di coprire il Suo Partner, quest'ultimo deve essere informato della Polizza e deve prestare il proprio consenso ad essere coperto dalla Polizza stessa. Lei deve mantenere il Suo Partner informato circa eventuali modifiche che potrebbero pregiudicare la Sua copertura assicurativa.

Come specificato nel Glossario alla voce "Beneficiario", il Suo Partner può designare un proprio Beneficiario in caso di Morte Accidentale o di Invalidità.

Nel caso in cui Lei richieda una Prestazione in caso di Morte Accidentale o di Invalidità del Suo Partner e/o Figlio e questi non abbiano indicato un proprio Beneficiario, potremmo richiederLe di fornire una prova che quest'ultimi abbiano accettato la copertura e che intendessero designarLa quale proprio Beneficiario.

#### **8. Valuta**

Tutte le Prestazioni in denaro e i Premi sono dovuti in Euro.

#### **9. Legge applicabile, lingua e giurisdizione**

Salvo diversamente concordato, la presente Polizza sarà regolata dalla Legge Italiana. Lei e Noi accettiamo di sottoporsi ai tribunali italiani per determinare qualsiasi controversia derivante da o in connessione con essa.

Salvo qualora diversamente concordato, i termini e le condizioni contrattuali e qualsiasi altra informazione relativa alla presente Polizza saranno redatti in lingua italiana.

#### **10. Modifica del Beneficiario**

Noi non saremo in alcun modo vincolati ad accettare o ad essere in qualche modo influenzati da qualsiasi informazione relativa alla costituzione di un trust, o a qualsivoglia cambiamento o trasferimento relativo alla presente Polizza.

#### **11. Come funziona il Financial Services Compensation Scheme (FSCS) del Regno Unito**

Noi siamo coperti dal programma di indennizzo per i servizi finanziari del Regno Unito (Financial Services Compensation Scheme – FSCS) e pertanto, nel caso in cui Noi non fossimo in grado di soddisfare i Nostri obblighi nei Suoi confronti, Lei potrà ricorrere al programma. Ciò dipenderà dal tipo di attività svolta e dalle

circostanze del sinistro. Ulteriori informazioni sugli accordi di indennizzo sono reperibili all'indirizzo [www.fscs.org.uk](http://www.fscs.org.uk), o al numero telefonico +44 20 7741 4100.

## **H. INDIRIZZO ED ENTI DIRETTIVI**

Stonebridge International Insurance Ltd. è una compagnia di assicurazioni che offre servizi assicurativi generali. La nostra sede legale si trova a 14th Floor, 33 Cavendish Square, London, W1G 0PW e il numero di registrazione è 3321734.

Operiamo in Italia in forza della libera prestazione dei servizi. Stonebridge è una società autorizzata nel Regno Unito dalla Prudential Regulation Authority e regolamentata dalla Financial Conduct Authority e dalla Prudential Regulation Authority. Il numero di registrazione per i servizi finanziari è 203188, verificabile consultando il Registro dei Servizi Finanziari sul sito Web della Financial Conduct Authority (FCA), [www.fca.org.uk/register](http://www.fca.org.uk/register) o contattando la FCA al numero: +44 (0) 20 7964 0500.

## **I. DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI**

Siamo i responsabili del trattamento dei Dati Personali che ci vengono forniti in qualità di titolare della polizza e di altre persone elencate nella polizza, quotazioni o sinistri (come definito nei regolamenti generali sulla Protezione dei Dati dell'Unione Europea e in qualsiasi regolamento successivo (RGPD dell'UE)). È Sua responsabilità assicurarsi che tutte le persone elencate nella polizza siano consapevoli di chi siamo e di come verranno elaborate le loro informazioni.

Le Sue informazioni personali verranno utilizzate allo scopo di fornire servizi assicurativi per decidere se possiamo offrirLe un'assicurazione; per amministrare la Sua polizza e per gestire i sinistri.

Conserviamo le informazioni personali per il periodo necessario a soddisfare le finalità di cui sopra indicate e potremmo essere tenuti a conservare queste informazioni dopo che la Sua polizza è terminata per scopi legali, normativi o fiscali.

Facciamo parte di Embignell Group e potremmo condividere le Sue informazioni personali con Embignell Group, riassicuratori, partner commerciali e agenti per aiutare ad amministrare i prodotti e servizi e per mantenere i nostri obblighi normativi. Ulteriori informazioni sono disponibili nella nostra Informativa sulla Privacy che può essere visualizzata online all'indirizzo [www.embignell.com/privacy-policy](http://www.embignell.com/privacy-policy)

Ai sensi della legge sulla Protezione dei Dati, possiede determinati diritti di cui dobbiamo renderLa consapevole. I diritti a Sua disposizione dipendono dal motivo per cui elaboriamo e conserviamo le Sue informazioni.

Ha il diritto di:

- accedere alle informazioni personali che deteniamo su di Lei o su chiunque altro sulla polizza
- correggere le informazioni personali che ritiene siano inesatte o aggiornare le informazioni che ritiene siano incomplete
- ottenere la cancellazione delle informazioni personali in determinate circostanze
- limitarci il trattamento delle informazioni personali, in determinate circostanze
- opporsi al trattamento delle informazioni personali da parte nostra, in determinate circostanze

sporgere un reclamo

## **Rappresentanti Unione Europea (“UE”)**

Abbiamo dei rappresentanti UE dedicati appositamente che potete contattare per qualsiasi richiesta in merito alla polizza ed esercitare i vostri diritti sotto la giurisdizione della protezione dati personali per quanto concerne: richiesta di accesso ai dati, correggere informazioni, fare un reclamo.

Dettagli contatto:

Via email: [lenz@gielisch](mailto:lenz@gielisch)

Via posta: GCM GmbH, Gielisch Claims Management, Ringstr. 9-11, 50996 Köln

Le informazioni richieste verranno fornite in un formato che sarà adatto alle vostre richieste.

Se non siamo in grado di risolvere il reclamo in modo soddisfacente e risiede in uno Stato dell'UE/EEA, ha anche il diritto di contattare la Sua autorità locale per la Protezione dei Dati con i seguenti dettagli, la quale è l'autorità di controllo nel Suo Stato che protegge i diritti di soggetti ai sensi delle attuali normative RGPD dell'UE.

**Autorità locale per la Protezione dei Dati**

Garante per la protezione dei dati personali  
Piazza Venezia, 11  
00187 Roma  
Tel. +39 06 69677 1  
Fax +39 06 69677 785  
email: [segreteria.stanzione@gpdp.it](mailto:segreteria.stanzione@gpdp.it)  
Website: <http://www.garanteprivacy.it/>

Le informazioni complete sulla Protezione dei Dati possono essere visualizzate online all'indirizzo <https://www.stonebridge-insurance.com/it/data-protection-policy/> oppure è possibile richiederne una copia contattando il Servizio Clienti.