

Condizioni di assicurazione comprensive di Glossario

POLIZZA DI ASSICURAZIONE ASSISTENZA

“FIMIV”

Edizione 01/2022

IMA Italia Assistance S.p.A.

Gruppo IMA ITALIA Assistance

**Condizioni di Assicurazione
e
Informativa trattamento dati personali**

Glossario

Il presente paragrafo della Nota Informativa contiene ed esplica i termini tecnici comunemente utilizzati in un contratto assicurativo, che il Contraente potrà utilizzare per una migliore comprensione del contratto di Assicurazione.

Si avverte che i termini di seguito riportati non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione del contratto di Assicurazione, in relazione al quale avranno rilevanza unicamente le Definizioni di cui alle Condizioni di Assicurazione.

Assicurato: nei rami danni, la persona nell'interesse della quale è stipulato il contratto nonché titolare del diritto all'eventuale indennizzo.

Assicuratore: La Società assicuratrice esercente professionalmente e in forma esclusiva l'attività assicurativa, autorizzata dall'IVASS e sottoposta alla sua vigilanza.

Assicurazione: l'operazione con cui un soggetto (Assicurato) trasferisce ad un altro soggetto (Società) un rischio al quale egli è esposto.

Codice delle Assicurazioni: il Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209, come successivamente modificato.

Contraente: il soggetto che stipula l'assicurazione e si obbliga a pagare il premio. Il Contraente può non coincidere con l'Assicurato. Le due figure coincidono quando il Contraente assicura un interesse di cui è titolare (ad esempio, un bene di sua proprietà).

Danno indennizzabile: danno determinato in base alle condizioni tutte di polizza, senza tenere conto di eventuali scoperti, franchigie e limiti di indennizzo.

Franchigia: l'importo prestabilito, dedotto dal danno indennizzabile, che l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale l'Assicuratore non riconosce l'indennizzo.

Indennizzo: la somma dovuta dall'Assicuratore all'Assicurato in caso di sinistro.

Massimale: l'obbligazione massima dell'Assicuratore per sinistro e/o per periodo assicurativo prevista per una specifica garanzia.

Polizza: il documento che prova l'esistenza del contratto.

Premio: il prezzo che il Contraente paga per acquistare la garanzia offerta dall'Assicuratore. Il pagamento del premio costituisce, di regola, condizione di efficacia della garanzia. I premi possono essere: unici, periodici, unici ricorrenti.

Risarcimento: la somma dovuta dall'Assicurato al terzo danneggiato in caso di sinistro.

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.



Rivalsa: il diritto che spetta all'Assicuratore nei confronti dell'Assicurato e che consente all'Assicuratore di recuperare dall'Assicurato gli importi pagati ai terzi danneggiati, nei casi in cui essa avrebbe avuto contrattualmente il diritto di rifiutare o di ridurre la propria prestazione.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Surrogazione: la facoltà dell'Assicuratore che abbia corrisposto l'Indennizzo di sostituirsi all'Assicurato nei diritti verso il terzo responsabile, qualora il danno dipenda dal fatto illecito di un terzo.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

INDICE

Definizioni	5
Norme che regolano l'assicurazione in generale	6
Sezione A Prestazioni Di Assistenza Medica	9
Sezione B Servizi Infocenter	13

DEFINIZIONI

Ai seguenti termini la Società e il Contraente attribuiscono convenzionalmente questi significati:

Assicurato: la persona fisica residente in Italia, Socio della Mutua Aderente a FIMIV e il suo nucleo familiare convivente, così come comunicato dal Contraente alla Società, il cui interesse è protetto dalla presente polizza.

Assicurazione: il contratto di assicurazione

Contraente: FIMIV (denominata FIMIV)

Estensione territoriale: Italia + Mondo.

Estero: Europa, Mondo.

Infortunio: il sinistro dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produce lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Malattia: ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio e oggettivamente riscontrabile.

Nucleo familiare: il coniuge o il convivente more uxorio o la persona unita civilmente, i figli legittimi/ naturali riconosciuti/ adottivi/ affidati fiscalmente a carico (totale o parziale) risultanti dallo stato di famiglia del socio FIMIV.

Familiare: il coniuge, il convivente more uxorio, i figli, genitori, fratelli/sorelle, genero/nuora, nonni, nipoti, suoceri, cognato/cognata e quanti altri sono invece conviventi dell'assicurato purché risultanti da regolare certificato anagrafico.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione

Residenza: il luogo in cui l'Assicurato ha la dimora abituale

Sinistro: il verificarsi dell'evento per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Società: IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A.

Struttura Organizzativa: la struttura di IMA Servizi Scarl costituita da medici, tecnici e operatori, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno che, in virtù di specifica Convenzione, sottoscritta con IMA Italia Assistance, provvede per incarico di questa ultima, al contatto telefonico con l'Assicurato, ed organizza ed eroga le prestazioni previste in Polizza.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Quando non risultino espressamente derogate valgono le seguenti condizioni di polizza:

Art. 1.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze influenti sulla valutazione del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente 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 del Cod. Civ.

Le dichiarazioni inesatte od incomplete non comportano la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo o la cessazione dell'assicurazione unicamente nel caso in cui siano avvenute senza dolo o colpa grave.

Art. 1.2 - Aggravamento del rischio

Il Contraente deve dare comunicazione scritta alla Società, mediante lettera raccomandata o telex, 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 del Cod. Civ.

L'omissione della comunicazione di circostanze aggravanti il rischio non comporta la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo o la cessazione dell'assicurazione se è avvenuta senza dolo o colpa grave.

Art. 1.3 - 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. 1.4 - Decorrenza e durata dell'assicurazione assistenza

L'assicurazione assistenza decorre dalla data di adesione a FIMIV da parte dell'Assicurato sempre che essa sia comunicata dal Contraente alla Società e che sia corrisposto il relativo premio; dura fino al 31/12 dell'annualità in corso.

Art. 1.5 – Obblighi dell'Assicurato in caso di Sinistro

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 1913, 1915 Cod.Civ., l'Assicurato per aver diritto alle prestazioni garantite, prima di intraprendere qualsiasi iniziativa a titolo personale deve contattare la Struttura Organizzativa.

Le richieste di assistenza, nelle quali devono essere specificati i dati identificativi personali, l'indirizzo ed il recapito del luogo in cui si trova l'Assicurato ed il tipo di assistenza richiesto, possono essere formulate telefonicamente al numero verde **800- 407329** (tel. **02-24128345** per le chiamate dall'estero) o tramite fax al numero tel. **02-24128245**.

Art. 1.6 - Mancato utilizzo delle prestazioni

Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni relative alla Polizza, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

Art. 1.7 - Struttura Organizzativa

L'erogazione delle prestazioni di Assistenza è garantita dalla Società tramite la Struttura Organizzativa della controllata IMA Servizi Scarl, in funzione 24 ore su 24, la quale mette a disposizione degli Assicurati il numero verde 800-407329, un adeguato numero di linee e una linea telefonica a pagamento 02-24128345

esclusivamente dedicate ai Soci delle Mutue aderenti a FIMIV, ai quali il personale della Struttura Organizzativa risponderà qualificandosi "FIMIV Assistenza, buongiorno".

Art. 1.8 - Esclusioni valide per tutte le garanzie e prestazioni

Tutte le prestazioni non sono dovute per sinistri provocati o dipendenti da:

- a) guerra, terremoti, fenomeni atmosferici aventi caratteristiche di calamità naturale, fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo, radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- b) scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo;
- c) dolo dell'Assicurato;
- d) suicidio o tentato suicidio;
- e) infortuni derivanti dallo svolgimento delle seguenti attività: alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, sport aerei in genere, atti di temerarietà, corse e gare automobilistiche, motonautiche e relative prove e allenamenti;
- f) malattie nervose e mentali, le malattie dipendenti dalla gravidanza oltre la 26° settimana di gestazione e dal puerperio;
- g) infortuni avvenuti anteriormente la data di decorrenza della copertura;
- h) malattie e infortuni conseguenti e derivanti da abuso di alcolici o psicofarmaci nonché dall'uso non terapeutico di stupefacenti e allucinogeni;
- i) le prestazioni non sono altresì fornite in quei paesi che si trovassero in stato di belligeranza dichiarata o di fatto.

1.9 Legge applicabile

La polizza è regolata dalla legge italiana. Tutte le controversie relative alla polizza sono soggette alla giurisdizione italiana.

1.10 Segreto professionale

L'Assicurato libera dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato dopo o anche prima del sinistro nei confronti della Struttura Organizzativa e/o dei magistrati eventualmente investiti dall'esame del sinistro stesso.

1.11 Prescrizione

Ogni diritto nei confronti della Società si prescrive entro il termine di due anni dalla data del sinistro che ha dato origine al diritto alla prestazione in conformità con quanto previsto all'art. 2952 Cod.Civ..

1.12 Esclusione di compensazioni alternative

Il diritto alle assistenze fornite dalla Società decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Struttura Organizzativa al verificarsi del sinistro. Qualora l'Assicurato non usufruisca di una o più prestazioni, la Società non è tenuta a fornire indennizzi o prestazioni alternative di alcun genere a titolo di compensazione.

1.13 Limitazione di responsabilità

La Società non assume responsabilità per danni causati dall'intervento delle Autorità del Paese nel quale è prestata l'assistenza o conseguenti ad ogni altra circostanza fortuita ed imprevedibile.

PRESTAZIONI E GARANZIE

SEZIONE A) PRESTAZIONI DI ASSISTENZA MEDICA

Art. A1 Oggetto della garanzia

La garanzia ha per oggetto le prestazioni di Assistenza di seguito elencate:

1- Consulenza medica telefonica

Qualora l'Assicurato necessiti di una consulenza medica potrà contattare la Struttura Organizzativa che provvederà ad organizzare un consulto telefonico con i propri medici. Il servizio è gratuito e non fornisce diagnosi o prescrizioni. La prestazione è fornita 24h24, 7 gg la settimana. La Struttura Organizzativa non si sostituisce al servizio di guardia medica né al servizio nazionale 112 (ex 118) per le urgenze

2- Invio di un medico in Italia

Qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza medica, l'Assicurato necessiti di un medico presso la propria residenza e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei medici convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei medici convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa organizzerà il trasferimento in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino. La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o 24 ore su 24 nei giorni festivi, per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

3- Invio di un pediatra in Italia

Qualora a seguito di infortunio o malattia e successivamente ad una Consulenza medica, l'Assicurato necessiti di un pediatra presso la sua residenza e non riesca a reperirlo, la Struttura Organizzativa, accertata la necessità della prestazione, provvederà ad inviare, a spese proprie, uno dei pediatri convenzionati. In caso di impossibilità da parte di uno dei pediatri convenzionati ad intervenire personalmente, la Struttura Organizzativa invierà un medico generico o organizzerà il trasferimento in autoambulanza nel centro medico idoneo più vicino. La prestazione viene fornita dalle ore 20 alle ore 8 nei giorni feriali o 24 ore su 24 nei giorni festivi, per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

4- Ambulanza per trasporto in ospedale in Italia, eccetto trasporto primario di urgenza

Qualora l'Assicurato a seguito di infortunio o malattia, necessiti di un trasporto in ambulanza per un ricovero, dal luogo in cui si trova in Italia fino ad un centro ospedaliero più vicino, la Struttura Organizzativa provvederà, su richiesta dell'Assicurato, ad inviare l'ambulanza tenendo i costi a suo carico del percorso complessivo (andata/ritorno), per un massimo di 3 volte per anno assicurativo. Non danno luogo alla prestazione i trasporti per terapie continuative.

5 - Monitoraggio del ricovero ospedaliero

A seguito di ricovero ospedaliero per infortunio e/o malattia e su richiesta dell'Assicurato, i medici della Struttura Organizzativa stabiliranno i necessari contatti con i medici curanti sul posto allo scopo di seguire l'evoluzione clinica della sua patologia, informando i familiari dell'evoluzione della stessa. La prestazione è fornita previa autorizzazione scritta dell'Assicurato rilasciata al reparto di degenza, in conformità al Regolamento europeo 2016/679 (protezione dei dati) e alla relativa normativa interna di adeguamento.

6- Consegna farmaci presso la residenza

Qualora l'Assicurato non autosufficiente, a seguito di infortunio o malattia, per le cure del caso, necessari, secondo prescrizione medica, di specialità medicinali (sempre che commercializzate in Italia), la Struttura Organizzativa provvederà alla ricerca ed alla consegna dei farmaci presso la residenza.

Restano a carico dell'Assicurato i costi di acquisto dei medicinali. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte per anno assicurativo.

7- Ricerca infermiere in Italia

Qualora a seguito di infortunio e/o malattia, l'Assicurato, necessiti di essere assistito da personale specializzato (infermieristico o assistenziale), la Struttura Organizzativa provvederà alla loro ricerca. La disponibilità del personale specializzato è garantita 24h24 ed i relativi costi restano a carico dell'Assicurato. La prestazione viene fornita con un preavviso di 24 ore.

8 – Servizio spesa a casa in Italia

Qualora l'Assicurato sia impossibilitato ad uscire autonomamente a seguito di infortunio immobilizzante, potrà richiedere alla Struttura Organizzativa, nelle prime due settimane di convalescenza, di effettuare la consegna presso la sua residenza di generi alimentari o di prima necessità, con il massimo di due buste per richiesta, massimo una volta a settimana. Rimangono a carico dell'Assicurato i costi relativi a quanto per suo conto acquistato. La prestazione viene fornita per un massimo di 3 volte all'anno.

9- Rientro sanitario

Qualora l'Assicurato ricoverato presso un centro ospedaliero a seguito di infortunio o malattia, e le sue condizioni siano tali che i medici della Struttura Organizzativa, d'intesa con i medici curanti sul posto o, in assenza di questi ultimi, con il medico inviato dalla Struttura Organizzativa, ritengano necessario un trasferimento in un Istituto di cura prossimo alla residenza in Italia, allo scopo di assicurare una cura adeguata alle condizioni del paziente, la Struttura Organizzativa definirà le modalità del rientro e provvederà a:

- organizzare il trasferimento del paziente con il mezzo idoneo:
 - aereo sanitario;
 - l'aereo di linea (anche barellato);
 - l'ambulanza;
 - il treno /vagone letto.

Il trasferimento dell'Assicurato con aereo sanitario potrà avere luogo da tutti i paesi Europei (Europa geografica). Da tutti gli altri paesi il trasferimento avverrà esclusivamente con aereo di linea, eventualmente barellato;

- assistere il paziente, se necessario, durante il rientro con personale medico e/o infermieristico.

Tutti i costi di organizzazione e di trasporto del paziente, compresi gli onorari del personale medico e/o infermieristico inviato sul posto e che lo accompagnano, sono a carico della Struttura Organizzativa fino ad un massimo di € 15.000,00 (Iva Inclusa) per sinistro.

Non danno luogo al trasferimento:

- le malattie infettive e ogni patologia il cui trasporto implichi violazione di norme sanitarie;
- gli infortuni e le malattie che non impediscano all'Assicurato di proseguire il viaggio o che, a giudizio dei medici, non necessiti di rientro sanitario e che possano essere curate sul posto.

10- Assistenza ai familiari assicurati

Nel caso di ricovero ospedaliero o di Rientro Sanitario dell'Assicurato e qualora gli altri Assicurati intendano rimanere sul posto per assisterlo, la Struttura Organizzativa terrà a proprio carico le spese di rientro presso la residenza o di pernottamento in loco e prima colazione per gli Assicurati, per una durata massima di due notti e fino a un importo massimo di € 210,00 (Iva Inclusa) per evento.

11- Assistenza ai minori di anni 14

Nel caso di ricovero ospedaliero o di Trasferimento Sanitario dell'Assicurato, la Struttura Organizzativa incaricherà una persona di fiducia per assistere i minori di 14 anni rimasti soli durante il soggiorno o durante il rientro presso la residenza, per un massimo di 15 giorni e per un massimo di 2 ore al giorno.

12- Viaggio di un familiare

In caso di ricovero ospedaliero dell'Assicurato a seguito di infortunio o malattia e qualora, in assenza di un proprio congiunto sul posto, richieda di essere raggiunto da un familiare, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio del familiare mettendo a disposizione di quest'ultimo un biglietto di viaggio, andata e ritorno, in treno (1° classe), se il viaggio supera le sei ore, in aereo (classe economica) tenendo a proprio carico i relativi costi. Sono escluse le spese di soggiorno (vitto e alloggio) del familiare e qualsiasi altre spesa al di fuori di quelle sopra indicate.

13- Recapito messaggi urgenti

Qualora l'Assicurato, a seguito di infortunio o malattia, in caso di necessità sia oggettivamente impossibilitato a far pervenire messaggi urgenti a familiari residenti in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà all'inoltro di tali messaggi

14- Invio medicinali all'estero

Qualora l'Assicurato, necessiti di medicinali regolarmente prescritti da un medico, introvabili sul posto e purché commercializzati in Italia, la Struttura Organizzativa provvederà a reperirli ed a inviarli con il mezzo più rapido e nel rispetto delle norme locali che regolano il trasporto dei medicinali.

La Struttura Organizzativa terrà a suo carico le spese relative al reperimento ed alla spedizione dei medicinali, mentre il costo degli stessi resta a carico dell'Assicurato. In alternativa la Struttura Organizzativa potrà fornire il nominativo di un medicinale equivalente di fabbricazione locale.

15 - Rientro anticipato

Qualora il Socio FIMIV Assicurato in viaggio debba ritornare anticipatamente alla propria residenza per l'avvenuto decesso di: coniuge, genitori, figli, fratelli e sorelle, suoceri, la Struttura Organizzativa provvederà ad organizzare il viaggio di rientro fino al luogo della residenza in Italia, mettendo a disposizione dell'Assicurato un biglietto di viaggio in treno (1° classe) o qualora il viaggio in treno superi le sei ore in aereo (classe economica). Resta salva ed impregiudicata la facoltà della Struttura Organizzativa di richiedere all'Assicurato la documentazione comprovante il sinistro che ha dato luogo alla prestazione.

Art. A2 DISPOSIZIONI E LIMITAZIONI

Le prestazioni di assistenza (con esclusione della consulenza medica telefonica e dei servizi Infocenter) sono fornite fino per un massimo di tre volte nel periodo di validità della polizza.

La durata massima della copertura per ogni periodo di permanenza continuata all'estero nel corso dell'anno di validità della garanzia è di 60 giorni.

Art. A3 COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per erogare le prestazioni la Struttura Organizzativa sarà a disposizione tutti i giorni dell'anno, 24h/24, di tutti gli assicurati che chiameranno il numero verde:

800-407329

02-24128345 per le chiamate dall'estero

In caso d'impossibilità nel contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa potrà farlo tramite fax al numero 02/24128245.

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- 1. Il tipo di assistenza di cui necessita***
- 2. Nome e Cognome***
- 3. Indirizzo del luogo in cui si trova***
- 4. Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarla nel corso dell'assistenza.***

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria alla conclusione dell'assistenza; in ogni caso è necessario inviare gli ORIGINALI (non le fotocopie) dei giustificativi, fatture, ricevute delle spese. In ogni caso l'intervento dovrà sempre essere richiesto alla Struttura Organizzativa che interverrà direttamente o ne dovrà autorizzare esplicitamente l'effettuazione.

SEZIONE B) SERVIZI INFOCENTER

Art. B1 La garanzia ha per oggetto i seguenti servizi:

1- Informazioni sanitarie e farmaceutiche

L'Assicurato potrà richiedere alla Struttura Organizzativa:

- indirizzi di ospedali, cliniche, centri specializzati del capoluogo/regione di residenza dell'Assicurato;
- indirizzi degli uffici competenti per l'espletamento di pratiche e richiesta di documenti;
- informazioni per l'assistenza sanitaria all'estero, paesi UE ed extra UE.

Potrà richiedere inoltre alla Struttura Organizzativa, per i medicinali commercializzati in Italia, informazioni su:

- loro composizione;
- equivalenze di prodotti farmaceutici in commercio;
- posologie consigliate dalle Case farmaceutiche;
- eventuali controindicazioni.

2 - Informazioni di medicina tropicale

L'Assicurato potrà richiedere alla Struttura Organizzativa informazioni relative al paese della fascia tropicale nel quale intende recarsi quali:

- vaccinazioni richieste;
- rischi sanitari;
- alimentazione e bevande;
- farmaci utili in viaggio;
- clima e temperature;
- servizi sanitari in loco.

3 - Segnalazione Centri diagnostici privati

Qualora l'Assicurato debba sottoporsi ad un accertamento o visita diagnostica, a seguito di infortunio o malattia, telefonando alla Struttura Organizzativa potrà ottenere ogni informazione sulla Rete di strutture convenzionate in Italia.

4 Segnalazione Centri Specialistici

Qualora l'Assicurato debba sottoporsi ad intervento chirurgico, potrà ottenere ogni informazione telefonando alla Struttura Organizzativa che, previa approfondita analisi del quadro clinico del paziente e sentito eventualmente il medico curante, individua e segnala un centro ospedaliero attrezzato in Italia o all'estero.

Art. B2 COME USUFRUIRE DEI SERVIZI

Per erogare i servizi la Struttura Organizzativa sarà a disposizione dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 18,00, esclusi i festivi infrasettimanali, al numero verde

800-407329

02-24128345 per le chiamate dall'estero

In caso d'impossibilità nel contattare telefonicamente la Struttura Organizzativa potrà farlo tramite fax al numero 02/24128245.

In ogni caso dovrà comunicare con precisione:

- 1. Il servizio di cui necessita**
- 2. Nome e Cognome**

3. Indirizzo del luogo in cui si trova

4. Il recapito telefonico dove la Struttura Organizzativa provvederà a richiamarla nell'esecuzione del servizio.

La Struttura Organizzativa potrà richiedere all'Assicurato - e lo stesso è tenuto a fornirla integralmente - ogni ulteriore documentazione ritenuta necessaria per fornire il servizio.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 "Regolamento generale sulla protezione dei dati" informiamo di quanto segue:

IMA ITALIA ASSISTANCE S.p.A., Sede Legale: Piazza Indro Montanelli 20, CAP 20099 Sesto San Giovanni, Numero di iscrizione al registro delle imprese di Milano N. 09749030152, di seguito IMA, raccoglie, in qualità di Titolare al Trattamento, le categorie dei seguenti dati, nel quadro della sottoscrizione, la gestione e l'esecuzione del vostro contratto:

- dati relativi all'identificazione delle parti, di persone interessate o di altre parti coinvolte nel contratto;
- dati relativi alla situazione familiare (se il contratto prevede l'estensione al nucleo familiare);
- dati necessari alla stipula, l'esecuzione del contratto e alla gestione dei sinistri;
- informazioni relative alla determinazione o alla valutazione del rischio;
- dati di localizzazione delle persone e/o dei beni in relazione ai rischi assicurati;
- dati sanitari per l'esecuzione del contratto per i quali l'assicurato ha dato il suo consenso (solo polizze assistenza medica).

I suoi dati saranno impiegati da IMA per la sola esecuzione dei servizi richiesti ed in particolare per:

- la stipula del contratto;
- la gestione del contratto;
- l'esecuzione del contratto;
- l'elaborazione delle statistiche e degli studi attuariali;
- l'esercizio di azioni giudiziarie, la gestione dei reclami e del contenzioso in genere;
- tutte le operazioni relative alla gestione dei clienti compreso il monitoraggio dell'assistenza fornita (es: customer care);
- l'implementazione di meccanismi di controllo, in particolare di contrasto a frodi e corruzione;
- gestione delle richieste di diritto d'accesso, di rettifica e di opposizione;
- l'esecuzione di disposizioni legali, regolamentari ed amministrative.

Questi dati possono essere trasmessi a intermediari assicurativi incaricati della gestione del portafoglio e/o ai fornitori di IMA, ad altre società del Gruppo IMA, e/o autorità pubbliche e/o associazioni di categoria e/o ogni altro soggetto verso il quale ne sussiste l'obbligo in relazione al contratto stipulato. Tali dati sono suscettibili d'esser trasmessi fuori dell'Unione Europea in caso di un evento che si verifichi fuori della UE. Essi possono essere accessibili o trasmessi a Responsabili Esterni del Trattamento "tecnici" di IMA per le operazioni di amministrazione e di manutenzione informatica.

La richiesta d'esecuzione delle garanzie comporta la Sua autorizzazione espressa ad IMA, a comunicare le informazioni sanitarie suscettibili d'esser raccolte a ogni professionista che le debba conoscere per eseguire l'incarico conferitogli da IMA. In relazione a ciò, Lei accetta di liberare i professionisti medico sanitari dal loro obbligo di segreto professionale sulle proprie informazioni mediche (solo per polizze di assistenza medica).

IMA può effettuare registrazioni delle sue conversazioni telefoniche per finalità di formazione, miglioramento della qualità, prevenzione delle liti. Queste registrazioni sono destinate alle sole persone autorizzate dal Titolare del Trattamento. Lei si può opporre segnalandolo in occasione del contatto telefonico con il nostro operatore. I suoi dati sono conservati per la durata del rapporto assicurativo, fermi eventuali termini di legge.



Il beneficiario può, in ogni momento, ritirare il suo consenso al trattamento dei suoi dati personali previo invio di un documento identificativo da presentare a IMA Italia Assistance S.p.A., Ufficio Protezione Dati, Piazza Indro Montanelli n. 20, 20099 Sesto San Giovanni (MI), oppure a ufficioprotezionedati@imaitalia.it. Tali strutture operano in qualità di corrispondente del DPO (Responsabile della Protezione Dati) del Gruppo Inter Mutuelles Assistance, con sede in Niort (Francia). In tal caso egli accetta di non beneficiare più della copertura assicurativa. Con la stessa modalità può esercitare il proprio diritto d'accesso, di rettifica, di cancellazione e di opposizione per motivo legittimo.

Lei ha diritto di sporgere reclamo presso l'Autorità Garante in materia di Protezione dei Dati Personali qualora ritenga che il trattamento che la concerne costituisca una violazione delle disposizioni di legge.