PSA INSURANCE EUROPE Ltd

Set Informativo

POLIZZA COLLETTIVA DI ASSICURAZIONE

INFORTUNI PERSONALI

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 sottoscrizione alla Polizza Collettiva

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

PSA GROUPE ASSURANCE

Polizza Collettiva n. IT5I
Data dell'ultimo aggiornamento: 01 Ottobre 2019

Assicurazione Infortuni Personali

DIP – Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

Compagnia:	PSA Insurance Europe Limited
Indirizzo:	MIB House, 53, Abate Rigord Street, Ta' Xbiex, Malta
Numero di registro:	C68963
Prodotto:	Infortuni Personali (Polizza Collettiva n. IT5I)

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?

Infortuni Personali è un'assicurazione facoltativa per le persone residenti in Italia che al momento dell'adesione al Contratto non abbiano già superato i 79 anni di età e che permette all'assicurato di ricevere un indennizzo in caso di Infortunio occorso durante la validità della copertura.

Che cosa è assicurato?

✓ **Decesso da Infortunio:**
- Opzione 1: € 30.000,00
- Opzione 2: € 50.000,00
- Opzione 3: € 100.000,00

in caso di decesso intervenuto in seguito al verificarsi di Infortunio se il decesso avviene entro un limite di 180 giorni dall'InfortunioInvalidità

✓ **Permanente da infortunio:**
- Opzione 1: € 30.000,00
- Opzione 2: € 50.000,00
- Opzione 3: € 100.000,00

se l'Assicurato rimane invalido in modo permanente in seguito ad un Infortunio;

✓ **Inabilità Temporanea Totale da infortunio:** l'Assicuratore verserà all'Assicurato un'indennità pari ad un massimo di
- Opzione 1: € 1000,00
- Opzione 2: € 1500,00
- Opzione 3: € 2500,00

per ogni mese di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio di durata non inferiore ad un minimo di 30 giorni consecutivi.

✓ **Ricovero ospedaliero da Infortunio:** l'Assicuratore verserà all'Assicurato un'indennità forfettaria pari ad €100,00 per ogni giorno di ricovero, fino ad un massimo di €5.000,00. (**per tutte le opzioni**);

✓ **Spese funerarie:** l'Assicuratore verserà all'Assicurato un'indennità forfettaria fino a un massimo di €2.500,00. (**per tutte le opzioni**).

Che cosa non è assicurato?

× Persone che al momento dell'adesione al Contratto abbiano già superato i 79 anni di età.

× Persone non residenti in Italia.

× Non sono assicurate le conseguenze di malattie o di eventi non dovuti a causa fortuita, violenta od esterna, o che non abbiano prodotto lesioni fisiche oggettivamente constatabili e/o che non abbiano per conseguenza il decesso, una invalidità permanente o una delle altre prestazioni garantite dal Contratto.

× Il decesso che sia intervenuto una volta decorsi più di 180 giorni dall'Infortunio.

Ci sono limiti di copertura?

Nessun indennizzo verrà corrisposto nel caso in cui:

! Il Sinistro non sia dovuto esclusivamente ad un Infortunio coperto dal Contratto;

! l'Infortunio sia causato da intossicazioni conseguenti l'assunzione di droghe, alcool, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato a meno che non siano state debitamente prescritti;

! Il Sinistro sia avvenuto mentre l'Assicurato era alla guida di un veicolo senza la prescritta abilitazione o per il quale non era in possesso di regolare patente di guida in corso di validità;

! Il Sinistro sia occorso mentre l'Assicurato praticava sport aerei, dalla partecipazione a gare o corse motoristiche ed alle relative prove ed allenamenti, e dalla pratica di attività sportiva professionale;

! Il Sinistro sia occorso in occasione di guerra o qualsiasi atto di guerra, invasione, terrorismo o attività terroristica, atto di nemico straniero, ostilità (sia che sia stata dichiarata guerra o meno), rivolta e/o tumulto, sciopero, guerra civile, ribellione, insurrezione, potere militare o usurpato, nonché inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche;

! Il Sinistro si sia verificato per dolo o colpa grave dell'Assicurato;

! l'Infortunio sia cagionato volontariamente dall'Assicurato, incluso suicidio, tentato suicidio e atti di autolesionismo;

! Il Sinistro sia occorso in occasione della prestazione di un servizio nelle forze armate (di qualsiasi Paese) anche se in attività non belliche. Al fine di evitare qualsiasi dubbio, il termine "forze armate" comprende qualsiasi forza militare di un determinato Paese;

! Il Sinistro sia una conseguenza diretta di infortuni accaduti precedentemente rispetto alla adesione al Contratto;

! Il Ricovero Ospedaliero venga effettuato allo scopo di effettuare check-up clinici.

Sono inoltre esclusi:
- gli infarti, gli ictus e le ernie;
- le rotture sottocutanee di tendini;
- le conseguenze dell'Infortunio che determinino l'insorgere della sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.).

Dove vale la copertura?

✓ La copertura ti copre dapertutto nel mondo.

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 si verifica un Sinistro, hai il dovere di denunciarlo prontamente e devi inviare, insieme ai moduli di denuncia del Sinistro, tutta la documentazione richiesta dall'Assicuratore al fine di una corretta gestione e valutazione del Sinistro.
In particolare, devi inviare:

Per la garanzia Decesso da Infortunio:

- Il Modulo per la denuncia del Sinistro da richiedere all'Assicuratore debitamente compilato e firmato;
- copia del verbale stilato dall'autorità competente (a mero titolo esemplificativo, Polizia o Carabinieri o Autorità Giudiziaria) relativo all'evento che ha causato l'Infortunio, se disponibile;
- copia della certificazione medica attestante il decesso con indicazione delle cause che lo hanno determinato;
- copia del certificato di morte;
- eventuale copia della cartella clinica in caso di degenza dell'Assicurato presso un ospedale.

Per la garanzia di Invalidità Permanente da Infortunio:

- Il Modulo per la denuncia del Sinistro da richiedere all'Assicuratore debitamente compilato e firmato;
- copia del verbale stilato dall'autorità competente (a mero titolo esemplificativo, Polizia o Carabinieri o Autorità Giudiziaria) relativo all'evento che ha causato l'Infortunio, se disponibile;
- copia del certificato di Invalidità Permanente (di grado non inferiore al 60%) rilasciato dall'autorità competente;
- copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato;
- copia dei certificati medici sul decorso delle lesioni fino al conseguimento dell'Invalidità Permanente da Infortunio;

Per la garanzia Inabilità Temporanea Totale da Infortunio:

- Il Modulo per la denuncia del Sinistro da richiedere all'Assicuratore debitamente compilato e firmato;
- copia del verbale stilato dall'autorità competente (a mero titolo esemplificativo, Polizia o Carabinieri o Autorità Giudiziaria) relativo all'evento che ha causato l'Infortunio, se disponibile;
- fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato;
- successivamente, sino a guarigione avvenuta, copia dei certificati medici sul decorso delle lesioni. Tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Assicuratore.

Per la garanzia Ricovero Ospedaliero da Infortunio:

- copia del verbale stilato dall'autorità competente (a mero titolo esemplificativo, Polizia o Carabinieri o Autorità Giudiziaria) relativo all'evento che ha causato l'infortunio, se disponibile;
- 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 Spese Funerarie:

- copia del pagamento o fattura per le spese funerarie sostenute dagli eredi dell'Assicurato.

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 bonifico bancario, mandato SEPA o bollettino postale alla Contraente, ed è comprensivo di imposte. Eventuali altre modalità di pagamento del Premio dovranno essere preventivamente concordate dall'Assicurato con la Contraente.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Le garanzie decorrono dalle ore 24:00 del giorno dell'adesione telefonica al Contratto.
Il Contratto ha 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 contrattuale.

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 Infortuni Personali

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni

(DIP aggiuntivo Danni)

Assicuratore: PSA Insurance Europe Limited

Prodotto: Infortuni Personali (Polizza Collettiva n. IT5I)

Il presente DIP aggiuntivo Danni è stato redatto in data 01 Ottobre 2019 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.

Assicuratore: PSA Insurance Europe Limited
Direzione generale e sede sociale: MIB House, 53 Abate Rigord Street, Ta' Xbiex, XBX 1122, Malta
Indirizzo di posta elettronica: psainsurance@mpsa.com
Sito internet: http://www.psainsurance.it/

PSA Insurance Europe Limited Ltd è una società che fa parte del Gruppo Peugeot SA e del Gruppo Santander Consumer Finance, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento della Malta Financial Services Authority con numero di registro C68963, emesso in data 26 giugno 2008. PSA INSURANCE EUROPE LIMITED opera in Italia in regime di libera prestazione di servizi, dove è iscritta all'Elenco II allegato in appendice all'Albo delle imprese presso l'IVASS – Imprese in libera prestazione di servizi in entrata SEE – sub n. II 01350, dal 19/11/2015.

Il patrimonio netto dell'Assicuratore ammonta a €62,296,228 ed è costituito interamente di capitale sociale. Non sono presenti riserve patrimoniali. L'indice di solvibilità è pari al 117% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente. I suddetti dati sono relativi all'ultimo bilancio approvato e si riferiscono alla situazione finanziaria al 31 Dicembre 2018. Le informazioni e i relativi aggiornamenti, incluse le Relazioni sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa, sono disponibili sul sito internet dell'impresa: http://www.psainsurance.it/.

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

Ci sono limiti di copertura?

Inabilità Temporanea Totale da Infortunio
Per i Sinistri derivanti da Infortunio, l'Indennizzo per Inabilità Temporanea Totale è soggetto a una Franchigia assoluta di 30 (trenta) giorni.
L'Assicuratore non pagherà più di 12 (dodici) mesi per ogni Sinistro dal quale deriverà una Inabilità Temporanea Totale da Infortunio.

Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro	Denuncia del Sinistro: i Sinistri devono essere prontamente denunciati dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto e, in ogni caso, nel termine previsto dall'art. 1913 del Codice Civile, inviando il "Modulo per la denuncia del Sinistro" mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al seguente indirizzo: **PSA Insurance Europe Ltd, c/o BANCA PSA Italia S.p.A. in Via Gallarate 199, Milano (MI).** Il "Modulo per la denuncia del Sinistro" può essere richiesto per posta o per e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica: perfetto@psa-finance.com 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: il reclamante 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.**
	Assistenza diretta / in convenzione: Non sono previste prestazioni fornite direttamente all'Assicurato da Enti/ Strutture convenzionate con l'Assicuratore.

	Gestione da parte di altre imprese: non ci sono altre imprese che si occupano della trattazione dei sinistri.
	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.
Dichiarazioni inesatte o reticenti	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.
Obblighi dell'Impresa	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.

Quando e come devo pagare?

Premio	Il Premio mensile corrisposto dall'Assicurato è comprensivo di imposta. Non è prevista alcuna maggiorazione in caso di pagamento frazionato. 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.
Rimborso	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.

Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere la garanzia.

Come posso disdire la Polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	L'Assicurato ha il diritto di recedere dalla Polizza entro 14 giorni dalla Data di Decorrenza, secondo quanto stabilito dall'articolo 67-duodecies del Decreto Legislativo n.206/2005 (Codice del Consumo).
Risoluzione	**Recesso** L'Assicurato ha il diritto di recedere dalla Polizza entro 14 (quattordici) giorni dalla Data di Decorrenza, secondo quanto stabilito dall'articolo 67-duodecies del Decreto Legislativo n.206/2005 (Codice del Consumo), mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno alll'Assicuratore all'indirizzo: PSA Insurance Europe LTD c/o Banca PSA Italia SpA Via Gallarate 199 - 20151 – Milano. L'Assicuratore accetterà comunque recessi inviati entro il termine limite di 60 giorni dall'adesione al Contratto. Non è consentito il recesso da una singola copertura della Polizza poiché le coperture sono offerte esclusivamente in abbinamento e costituiscono l'intera Polizza. Pertanto, il recesso esercitato secondo il presente articolo si estende automaticamente a tutte le coperture. **Disdetta** 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 PSA Insurance Europe ltd c/oBanca PSA Italia SpA, Via Gallarate 199 - 20151 - Milano, da inviarsi con un preavviso non inferiore a 30 (trenta) giorni da ciascuna scadenza contrattuale.

A chi è rivolto questo prodotto?

Persone residenti in Italia, di età inferiore a 79 anni.

Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione: la quota parte percepita in media dall'Intermediario è pari al 61,5% del Premio netto pagato dal cliente.

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: PSA INSURANCE EUROPE LIMITED c/o Banca PSA Italia S.p.A. Via Gallarate 199, 20151 Milano (MI) oppure per e-mail al Responsabile dei Reclami all'indirizzo: psainsurance-complaints@mpsa.com . L'Assicuratore s'impegna a comunicare l'avvenuto ricevimento del reclamo entro 10 giorni e a rispondere e definitivamente allo stesso entro 15 giorni dalla data di ricezione di tutti i documenti necessari al suo esame.
Alla Malta Financial Services Authority (MFSA)	Se il richiedente non si ritiene soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del reclamo, ovvero in caso di reclami non relativi alla mancata osservanza di altre disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione, l'esponente potrà rivolgersi all'Autorità di vigilanza maltese, Malta Financial Services Authority (MFSA), office of the Arbiter for Financial Services (OAFS)- Notabile Road Attard BKR 3000 Malta; numero di telefono: 00356 2144 1155, oppure compilando un questionario disponibile al seguente indirizzo: http://financialarbiter.org.mt/en/Pages/Home.aspx
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 risoluzione delle controversie	Risoluzioni delle liti transfrontaliere. L'Aderente può presentare reclamo all'IVASS direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET o della normativa applicabile.

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 N. IT5I

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

E

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

PSA INSURANCE EUROPE Ltd

SOMMARIO delle Condizioni di Assicurazione

GLOSSARIO

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE ..... 1 di 6
1. Oggetto della copertura ..... 1 di 6
2. Decesso da Infortunio ..... 1 di 6
3. Ricovero ospedaliero da Infortunio ..... 1 di 6
4. Invalidità Permanente da Infortunio ..... 1 di 6
5. Inabilità Temporanea Totale da Infortunio ..... 1 di 6
6. Spese Funerarie. ..... 2 di 6
7. Esclusioni ..... 2 di 6
8. Durata, decorrenza e conclusione della Polizza ..... 3 di 6
9. Validità del Modulo di Adesione ..... 3 di 6
10. Persone assicurabili ..... 3 di 6
11. Recesso e disdetta ..... 3 di 6
12. Termine della copertura assicurativa ..... 4 di 6
13. Pagamento del Premio ..... 4 di 6
14. Denuncia del Sinistro ..... 5 di 6
15. Comunicazioni, Elezioni di Domicilio ..... 5 di 6
16. Sanzioni Internazionali ..... 5 di 6
17. Legge applicabile e foro competente ..... 5 di 6
18. Obblighi del Contraente ..... 6 di 6
19. Prescrizione e decadenza dai diritti derivanti dal Contratto. ..... 6 di 6
20. Reclami. ..... 6 di 6

PSA INSURANCE EUROPE Ltd

GLOSSARIO

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

ASSICURATORE – PSA 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. PSA 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.

Per le coperture Decesso da Infortunio e Spese Funerarie: i beneficiari sono gli eredi legittimi dell'Assicurato, in parti uguali.

Per le coperture Inabilità Temporanea Totale da Infortunio, Invalidità Permanente da Infortunio e Ricovero Ospedaliero da Infortunio: il beneficiario è l'Assicurato.

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. IT5I.

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 cuo 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– data di decorso dell'operatività delle garanzie assicurative.

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.

INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO - la condizione dell'Assicurato, certificata dal medico curante, tale per cui, a seguito di Infortunio, l'Assicurato sia impossibilitato a svolgere la propria professione o mestiere oppure l'attività ordinaria della vita quotidiana.

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

INFORTUNIO – ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che abbia per conseguenza diretta ed esclusiva lesioni fisiche oggettivamente constatabili, le quali abbiano per conseguenza il decesso, un'invalidità permanente, un'inabilità temporanea totale o la necessità di ricovero ospedaliero.

INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO - la perdita definitiva e irrimediabile, a seguito di Infortunio, da parte dell'Assicurato, della capacità di svolgere un lavoro che genera reddito, indipendentemente dalla normale attività svolta, di grado non inferiore al 60%. Il grado di Invalidità Permanente da Infortunio sarà accertato in base ai criteri fissati dalle assicurazioni contro gli infortuni professionali conformemente alle disposizioni previste dal T.U. che disciplina la materia di cui al D.P.R. n. 1124 del 30 giugno 1965 e successive modifiche e integrazioni.

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.

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 – 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.

PERIODO DI CARENZA – È il periodo di tempo che intercorre fra la data di stipulazione del Contratto e l'effettiva decorrenza della copertura assicurativa.

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 competenti autorità.

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

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.

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.

PSA INSURANCE EUROPE Ltd

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

1. OGG*ETTO* DELLA COPERTURA

La copertura assicurativa è prestata per l'Assicurato che ha aderito al Contratto, a seconda dell'opzione scelta come indicato nel Modulo di Adesione, esclusivamente in caso di Decesso da Infortunio, Invalidità Permanente da Infortunio, Inabilità Temporanea Totale da Infortunio e Ricovero Ospedaliero da Infortunio, occorsi durante la validità del Contratto.

2. DECESSO DA INFORTUNIO

L'Assicuratore verserà, in parti uguali agli eredi legittimi dell'Assicurato, un Indennizzo pari a:

Opzione 1	€ 30.000,00 (trentamila)	**Opzione 2**	€ 50.000,00 (cinquantamila)	**Opzione 3**	€ 100.000,00 (centomila)

se il decesso dell'Assicurato avviene a seguito di Infortunio ed entro 180 (centottanta) giorni dal verificarsi dell'Infortunio stesso.

3. RICOVERO OSPEDALIERO DA INFORTUNIO

L'Assicuratore verserà all'Assicurato un Indennizzo pari a € 100,00 (cento) per ogni giorno di ricovero in un Istituto di Cura a seguito del verificarsi di un Infortunio, fino ad un massimo di € 5.000,00 (cinquemila), **indipendentemente dall'opzione scelta**. Ai fini del calcolo della durata in giorni del Ricovero Ospedaliero da Infortunio, 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.

AVVERTENZA: L'Assicuratore pagherà fino ad un massimo di €5.000,00 (cinquemila) per tutta la durata del Contratto di Finanziamento o di Locazione Finanziaria e cumulativamente per tutti i Sinistri aperti in forza del Contratto.

4. INVALIDITÀ PERMANENTE DA INFORTUNIO

Nel caso in cui l'Infortunio abbia come conseguenza una Invalidità Permanente accertata di grado pari o superiore al 60% del totale, l'Assicuratore liquida l'Indennizzo all'Assicurato, fino a un massimo di:

Opzione 1	€ 30.000,00 (trentamila)	**Opzione 2**	€ 50.000,00 (cinquantamila)	**Opzione 3**	€ 100.000,00 (centomila)

4.1 Periodo di Carenza e Franchigia

L'Invalidità Permanente da Infortunio non è soggetta a Periodo di Carenza o Franchigia.

5. INABILITÀ TEMPORANEA TOTALE DA INFORTUNIO

Nel caso in cui dall'Infortunio derivi per l'Assicurato un'Inabilità Temporanea Totale da Infortunio, medicalmente accertata, a svolgere la propria normale attività lavorativa, o le normali mansioni attinenti alla vita quotidiana nel caso in cui l'Assicurato non lavori, l'Assicuratore si impegna a corrispondere all'Assicurato un Indennizzo per ogni mese di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio, fino ad un importo mensile massimo di:

Opzione 1	€ 1000,00 (mille)	**Opzione 2**	€ 1500,00 (millecinquecento)	**Opzione 3**	€ 2500,00 (duemilacinquecento)

Una mensilità di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio corrisponde ad un periodo minimo di 30 (trenta) giorni consecutivi. L'Assicurato non avrà diritto ad alcuna Indennità in caso di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio inferiore a 30 (trenta) giorni consecutivi.

Fermo restando quanto precede, l'Assicuratore si impegna a corrispondere all'Assicurato un'Indennità, pro rata, per l'eventuale periodo di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio eccedente una mensilità (o multipli di un mese), ma inferiore a 30 (trenta) giorni.

Esempio

Se il periodo di Inabilità Temporanea Totale da Infortunio è pari a 75 giorni consecutivi, 30 giorni non sono coperti dal Contratto per opera della Franchigia Assoluta, mentre per i restanti 45 giorni l'Assicurato avrà diritto al pagamento di una mensilità e, *pro rata*, al pagamento degli ulteriori 15 giorni.

AVVERTENZA: L'Assicuratore non pagherà più di 12 (dodici) mesi per ogni Sinistro dal quale deriverà una Inabilità Temporanea Totale da Infortunio.

5.1 Periodo di Carenza e Franchigia

L'Inabilità Temporanea Totale da Infortunio non è soggetta a un Periodo di Carenza.

L'Indennizzo per Inabilità Temporanea Totale da Infortunio è soggetto a una Franchigia assoluta di 30 (trenta) giorni.

La Franchigia decorre dal primo giorno lavorativo di inattività (come risultante dalla data indicata nel certificato medico).

Se l'Assicurato, dopo una ripresa dell'attività lavorativa – ma prima che siano trascorsi almeno 30 (trenta) giorni da tale ripresa – subisce una nuova interruzione dell'attività lavorativa cagionata dallo stesso Infortunio, la copertura assicurativa sarà ripristinata senza l'applicazione di una nuova Franchigia. Qualora il nuovo Sinistro sia dovuto ad una causa diversa dalla precedente, si applicherà nuovamente la Franchigia.

6. SPESE FUNERARIE

In caso di Decesso da Infortunio dell'Assicurato, l'Assicuratore si fa carico delle spese di prima conservazione, delle spese amministrative e delle spese per la prima bara necessaria al trasporto organizzato dai suoi servizi, **fino ad un massimo di € 2.500,00 (duemilacinquecento) per tutte e tre le opzioni.**

L'Indennità versata dall'Assicuratore non copre le spese per le esequie, l'inumazione e la cerimonia funebre che restano a carico dei familiari dell'Assicurato.

7. ESCLUSIONI

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

1. il Sinistro non sia dovuto esclusivamente ad un Infortunio coperto dal Contratto;
2. l'Infortunio sia causato da intossicazioni conseguenti l'assunzione di droghe, alcool, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni da parte dell'Assicurato a meno che non siano state debitamente prescritti;
3. il Sinistro sia avvenuto mentre l'Assicurato era alla guida di un veicolo senza la prescritta abilitazione o per il quale non era in possesso di regolare patente di guida in corso di validità;
4. l'Infortunio sia derivante dalla pratica di sport aerei, dalla partecipazione a gare o corse motoristiche ed alle relative prove ed allenamenti, e dalla pratica di attività sportiva professionale;
5. il Sinistro sia occorso in occasione di Guerra o qualsiasi atto di guerra, invasione, terrorismo o attività terroristica, atto di nemico straniero, ostilità (sia che sia stata dichiarata guerra o meno), rivolta e/o tumulto, sciopero, guerra civile, ribellione, insurrezione, potere militare o usurpato, nonché inondazioni, alluvioni ed eruzioni vulcaniche;
6. il Sinistro si sia verificato per dolo o colpa grave dell'Assicurato;
7. l'Infortunio sia cagionato volontariamente dall'Assicurato, incluso suicidio, tentato suicidio e atti di autolesionismo;
8. il Sinistro sia occorso in occasione della prestazione di un servizio nelle forze armate (di qualsiasi Paese) anche se in attività non belliche. Al fine di evitare qualsiasi dubbio, il termine "forze armate" comprende qualsiasi forza militare di un determinato Paese;
9. il Sinistro sia una conseguenza diretta di infortuni accaduti precedentemente rispetto alla adesione al Contratto;
10. il Ricovero Ospedaliero venga effettuato allo scopo di effettuare check-up clinici.

Sono inoltre esclusi:

a) gli infarti, gli ictus e le ernie;

b) le rotture sottocutanee di tendini;

c) le conseguenze dell'Infortunio che determinino l'insorgere della sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.).

8. 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.

La Polizza si conclude e si intende perfezionata verbalmente al momento dell'adesione telefonica e, una volta perfezionata, è vincolante.

La copertura assicurativa della Polizza decorre dalle ore 24:00 del giorno dell'adesione telefonica da parte dell'Assicurato. Salvo il caso di disdetta proveniente da una delle parti con lettera raccomandata con ricevuta di ritorno almeno 30 (trenta) giorni da ciascuna scadenza del Contratto, la Polizza **si rinnova tacitamente per un mese** e così via ad ogni scadenza successiva.

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 Milano.

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.

9. VALIDITÀ DEL MODULO DI ADESIONE

Il Modulo di Adesione è valido ed idoneo a fornire prova della stipula del Contratto solo se il relativo Premio è stato pagato. Fermo restando che il contratto si è perfezionato mediante consenso telefonico.

10. PERSONE ASSICURABILI

Possono aderire al Contratto soltanto persone residenti in Italia che al momento dell'adesione al Contratto non abbiano già superato i 79 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.

11. RECESSO E DISDETTA

Recesso

L'Assicurato ha il diritto di recedere dalla Polizza entro 14 (quattordici) giorni dalla Data di Decorrenza, secondo quanto stabilito dall'articolo 67-duodecies del Decreto Legislativo n.206/2005 (Codice del Consumo), mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno all'Assicuratore all'indirizzo:

PSA Insurance Europe LTD c/o Banca PSA Italia SpA
Via Gallarate 199
20151 Milano**.**

L'Assicuratore accetterà comunque recessi inviati entro il termine limite di 60 giorni dall'adesione al Contratto.

Non è consentito il recesso da una singola copertura della Polizza poiché le coperture sono offerte esclusivamente in abbinamento e costituiscono l'intera Polizza. Pertanto, il recesso esercitato secondo il presente articolo si estende automaticamente a tutte le coperture.

Disdetta

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 PSA Insurance Europe ltd c/oBanca PSA Italia SpA, Via Gallarate 199 - 20151 - Milano, da inviarsi con un preavviso non inferiore a trenta giorni da ciascuna scadenza del Contratto.

12. TERMINE DELLA COPERTURA ASSICURATIVA

La copertura assicurativa della Polizza e di ogni singolo Modulo di Adesione termina automaticamente al verificarsi di uno dei seguenti eventi:

- 30 (trenta) giorno 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 84 (ottantaquattro) 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 è corrisposto per qualsiasi motivo;
- trasferimento della residenza dell'Assicurato al di fuori dell'Italia;
- morte dell'Assicurato;
- a seguito della liquidazione all'Assicurato dell'Indennizzo per Decesso da Infortunio o Invalidità Totale Permanente da Infortunio;

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.

13. 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. La Contraente addebiterà il Premio mensile unitamente all'addebito delle Rate di rimborso del Contratto di Finanziamento o di Locazione Finanziaria, a partire dalla Data di Decorrenza indicata sul Modulo di Adesione. Il pagamento sarà effettuato tramite mandato SEPA (o bollettino postale).

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.

14. DENUNCIA DEL SINISTRO

I Sinistri devono essere prontamente denunciati dall'Assicurato o dai suoi aventi diritto e, in ogni caso, nel termine previsto dall'art. 1913 del Codice Civile inviando il "Modulo per la denuncia del Sinistro" mediante lettera raccomandata con ricevuta di ritorno al Medico di PSA Insurance Europe Ltd, c/o Banca PSA Italia S.p.A. in Via Gallarate 199, Milano (MI).

Il "Modulo per la denuncia del Sinistro" può essere richiesto per posta o per e-mail al seguente indirizzo di posta elettronica: perfetto@psa-finance.com.

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: il reclamante 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 Decesso da Infortunio**:

- Il Modulo per la denuncia del Sinistro da richiedere all'Assicuratore debitamente compilato e firmato;
- copia del verbale stilato dall'autorità competente (a mero titolo esemplificativo, Polizia o Carabinieri o Autorità Giudiziaria) relativo all'evento che ha causato l'Infortunio, se disponibile;
- copia della certificazione medica attestante il decesso con indicazione delle cause che lo hanno determinato;
- copia del certificato di morte;
- eventuale copia della cartella clinica in caso di degenza dell'Assicurato presso un ospedale.

per la **garanzia di Invalidità Permanente da Infortunio**:

- Il Modulo per la denuncia del Sinistro da richiedere all'Assicuratore debitamente compilato e firmato;
- copia del verbale stilato dall'autorità competente (a mero titolo esemplificativo, Polizia o Carabinieri o

Autorità Giudiziaria) relativo all'evento che ha causato l'Infortunio, se disponibile;
- copia del certificato di Invalidità Permanente (di grado non inferiore al 60%) rilasciato dall'autorità competente;

- copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato;
- copia dei certificati medici sul decorso delle lesioni fino al conseguimento dell'Invalidità Permanente da Infortunio.

Per la **garanzia Inabilità Temporanea Totale da Infortunio**:
- Il Modulo per la denuncia del Sinistro da richiedere all'Assicuratore debitamente compilato e firmato;
- copia del verbale stilato dall'autorità competente (a mero titolo esemplificativo, Polizia o Carabinieri o Autorità Giudiziaria) relativo all'evento che ha causato l'Infortunio, se disponibile;
- fornire copia della cartella clinica completa e di ogni altra documentazione sanitaria relativa a degenze conseguenti all'Infortunio denunciato;
- successivamente, sino a guarigione avvenuta, copia dei certificati medici sul decorso delle lesioni. Tali certificati devono essere rinnovati alle rispettive scadenze e contestualmente trasmessi all'Assicuratore.

Per la **garanzia Ricovero Ospedaliero da Infortunio**:
- copia del verbale stilato dall'autorità competente (a mero titolo esemplificativo, Polizia o Carabinieri o Autorità Giudiziaria) relativo all'evento che ha causato l'infortunio, se disponibile;
- 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 Spese Funerarie:
- copia del pagamento o fattura per le spese funerarie sostenute dagli eredi dell'Assicurato.

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

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.

15. 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:

PSA Insurance Europe Ltd, c/o Banca PSA Italia S.p.A. in Via Gallarate 199, 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.

16. 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.

17. 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.

18. 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.

19. PRESCRIZIONE E DECADENZA DAI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

Ai sensi dell'art. 2952 del Codice Civile, i diritti dell'Assicurato (persona nell'interesse della quale è sottoscritto il Contratto) derivanti dal Contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

20. RECLAMI

Reclami indirizzati all'Assicuratore.

Eventuali reclami relativi alla Polizza dovranno essere presentati per iscritto dall'interessato al seguente indirizzo postale:
PSA Insurance Europe Ltd, c/o Banca PSA Italia S.p.A. in Via Gallarate 199, Milano (MI)
oppure per e-mail al Responsabile dei Reclami all'indirizzo: psainsurance-complaints@mpsa.com

L'Assicuratore s'impegna a comunicare l'avvenuto ricevimento del reclamo entro 10 (dieci) giorni e a rispondere definitivamente allo stesso entro 15 (quindici) giorni dalla data di ricezione di tutti i documenti necessari al suo esame.

Reclami indirizzati all'MFSA

Se il richiedente non si ritiene soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 (quarantacinque) giorni dal ricevimento del reclamo, ovvero in caso di reclami non relativi al rapporto ma relativi alla mancata osservanza di altre disposizioni del Codice delle Assicurazioni e delle relative norme di attuazione, l'esponente potrà rivolgersi all'**Autorità di vigilanza maltese, Malta Financial Services Authority (MFSA**), Consumer Complaint Manager - Notabile Road Attard BKR 3000 Malta; numero di telefono: 00356 2144 1155, oppure compilando un questionario disponibile al seguente indirizzo http://financialarbiter.org.mt/en/Pages/Home.aspx .
Per la liquidazione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS oppure direttamente al sistema estero competente – individuabile accedendo al sito internet: http://ec.europa.eu/fin-net - chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

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 all'Assicuratore 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.

PSA INSURANCE EUROPE Ltd

MODULO DI ADESIONE

alla Polizza collettiva n. IT5I tra Banca PSA Italia S.p.A. e PSA Insurance Europe ltd

DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO *Versione 10/2019*

Cognome e nome / Ragione Sociale: _____ C.F. / P. IVA _____

Data di nascita _____ Luogo _____ Prov. _____

Indirizzo / sede legale: Via e n. Civico _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

Veicolo _____ Modello _____

DICHIARAZIONE DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA IT5I – IMPORTO DI PREMIO

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

a) **aderisce** alla Polizza collettiva n. IT5I ad oggetto le garanzie assicurative di Invalidità Permanente da infortunio, Inabilità Temporanea Totale da infortunio, Ricovero ospedaliero da Infortunio, Spese funerarie e **sottoscrive** la seguente opzione:

Opzione 1 ☐		**Opzione 2** ☐		**Opzione 3** ☐	
Premio unico mensile	€ **9.99**	Premio unico mensile	€ **14.99**	Premio unico mensile	€ **25.00**

Il Premio unico mensile è comprensivo di imposta. Il Premio lordo totale per l'intera durata del Contratto di Finanaziamento e di Locazione Finanziaria, , è pari a Euro_____ che l'**Assicurato dovrà corrispondere in n._____ rate mensili,** accettando integralmente le condizioni di assicurazione e tutto il contenuto del Set Informativo precontrattuale.

b) **prende atto** che il Premio è versato dall'Assicurato alla Contraente tramite , mandato SEPA o bollettino postale. Eventuali altre modalità di pagamento del Premio dovranno essere preventivamente concordate dall'Assicurato con la Contraente.

c) **prende atto** che la Polizza collettiva n. IT5I si conclude e si intende perfezionata verbalmente al momento dell'adesione telefonica e, una volta perfezionata, è vincolante.

d) **prende atto e conferma** che le coperture hanno effetto dalle ore 24:00 dall'adesione telefonica, hanno durata di un mese e sono automaticamente rinnovabili per un uguale periodo di un mese, e cosi via in occasione di ogni successiva scadenza, salvo disdetta.

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 e 66 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 e 4 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 PSA Insurance Europe Limited prima della sottoscrizione del presente Modulo.

Sono consapevole che il mancato conferimento dei dati personali, necessari alle Compagnie per le finalita illustrate nella Informativa sulla protezione dei dati, comporta l'impossibilita 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 IT5I: **art.1** "oggetto della copertura ", **art. 3** "Ricovero ospedaliero da Infortunio", **art. 4** "Invalidità Permanente da Infortunio", **art. 5** "Inabilità Temporanea Totale da Infortunio", **art. 6** "Spese Funerarie", **art.7** "Esclusioni", **art. 8** "Durata, Decorrenza e Conclusione della Polizza", **art. 10** "Persone Assicurabili", **art. 14** "Denuncia del Sinistro", **art. 17** "Legge Applicabile e Foro Competente".

Data		**Firma dell'Assicurato**	

COPIA DELL'ASSICURATORE

PSA INSURANCE EUROPE Ltd

MODULO DI ADESIONE

alla Polizza collettiva n. IT5I tra Banca PSA Italia S.p.A. e PSA Insurance Europe ltd

DATI RELATIVI ALL'ASSICURATO *Versione 10/2019*

Cognome e nome / Ragione Sociale: _____ C.F. / P. IVA _____

Data di nascita _____ Luogo _____ Prov. _____

Indirizzo / sede legale: Via e n. Civico _____

Città _____ Prov. _____ CAP _____

Veicolo _____ Modello _____

DICHIARAZIONE DI ADESIONE ALLA POLIZZA COLLETTIVA IT5I – IMPORTO DI PREMIO

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

a) **aderisce** alla Polizza collettiva n. IT5I ad oggetto le garanzie assicurative di Invalidità Permanente da infortunio, Inabilità Temporanea Totale da infortunio, Ricovero ospedaliero da Infortunio, Spese funerarie e **sottoscrive** la seguente opzione:

Opzione 1 ☐		**Opzione 2** ☐		**Opzione 3** ☐	
Premio unico mensile	€ **9.99**	Premio unico mensile	€ **14.99**	Premio unico mensile	€ **25.00**

Il Premio unico mensile è comprensivo di imposta. Il Premio lordo totale per l'intera durata del Contratto di Finanaziamento e di Locazione Finanziaria, , è pari a Euro_____ che l'**Assicurato dovrà corrispondere in n._____ rate mensili,** accettando integralmente le condizioni di assicurazione e tutto il contenuto del Set Informativo precontrattuale.

b) **prende atto** che il Premio è versato dall'Assicurato alla Contraente tramite , mandato SEPA o bollettino postale. Eventuali altre modalità di pagamento del Premio dovranno essere preventivamente concordate dall'Assicurato con la Contraente.

c) **prende atto** che la Polizza collettiva n. IT5I si conclude e si intende perfezionata verbalmente al momento dell'adesione telefonica e, una volta perfezionata, è vincolante.

d) **prende atto e conferma** che le coperture hanno effetto dalle ore 24:00 dall'adesione telefonica, hanno durata di un mese e sono automaticamente rinnovabili per un uguale periodo di un mese, e cosi via in occasione di ogni successiva scadenza, salvo disdetta.

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 e 66 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 e 4 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 PSA Insurance Europe Limited prima della sottoscrizione del presente Modulo.

Sono consapevole che il mancato conferimento dei dati personali, necessari alle Compagnie per le finalita illustrate nella Informativa sulla protezione dei dati, comporta l'impossibilita 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 IT5I: **art.1** "oggetto della copertura ", **art. 3** "Ricovero ospedaliero da Infortunio", **art. 4** "Invalidità Permanente da Infortunio", **art. 5** "Inabilità Temporanea Totale da Infortunio", **art. 6** "Spese Funerarie", **art.7** "Esclusioni", **art. 8** "Durata, Decorrenza e Conclusione della Polizza", **art. 10** "Persone Assicurabili", **art. 14** "Denuncia del Sinistro", **art. 17** "Legge Applicabile e Foro Competente".

Data		**Firma dell'Assicurato**	

COPIA DELL'ASSICURATO

PSA INSURANCE EUROPE Ltd

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:

PSA 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: psainsurance@mpsa.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 PSA Peugeot Citroën e a Santander Consumer Finance Group e ad essi collegate o da essi controllate;

e) Banca PSA Italia SpA;

f) medico di PSA 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".

5.4. La comunicazione dei Dati personali sarà effettuata solo all'interno dell'UE.

6. Trasferimento dei Dati

6.1. I Dati dell'Assicurato non saranno trasmessi al di fuori dell'Unione Europea.

6.2. Se necessario per le finalità summenzionate, i Dati possono essere trasferiti in Paesi dell'Unione Europea o Paesi che offrono un livello di protezione adeguato sulla base di una decisione di adeguatezza da parte della Commissione Europea ed in ogni caso a fronte dell'adozione di misure adeguate in conformità con le previsioni del GDPR.

7. Tempi di conservazione

7.1. I Dati dell'Assicurato per le finalità di cui al paragrafo 3.1(i), 3.1(ii) 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.

7.2. I Dati Personali dell'Assicurato per le finalità di cui al paragrafo 3.1(iii) saranno conservati per un anno (1) dalla registrazione nei sistemi dell'Assicuratore.

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 **opporsi** 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 **comunicate 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 psainsurance-privacy@mpsa.com o per posta scrivendo a: Data Protection Officer, PSA Insurance Europe ltd, 53, MIB House, Abate Rigord Street, Ta Xbiex, XBX1122.