

TUTELA NON AUTOSUFFICIENZA



Harmonie
mutuelle
Italia

PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE IL SET INFORMATIVO

Contratto di Assicurazione
Tutela in caso di Non Autosufficienza

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRENSIVE DEL GLOSSARIO
E DELL'INFORMATIVA SULLA PRIVACY



Tutela Non Autosufficienza

Set Informativo

Contratto di assicurazione
Tutela in caso di Non Autosufficienza

Documento Informativo Precontrattuale – DIP
Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo – Dip aggiuntivo
Condizioni di Assicurazione, comprensiva del Glossario
Informativa sui trattamenti dei dati personali

Indice

GLOSSARIO.....	3
CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE	4
CAPITOLO 1 OGGETTO ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE	4
Art 1.1 Oggetto dell'assicurazione	4
Art 1.2 Prestazioni assicurate.....	4
Art 1.3 Esclusioni	4
Art 1.4 Limite d'età – Persone non assicurabili.....	4
Art 1.5 Limiti territoriali	4
Art 1.7 Periodo di carenza.....	4
CAPITOLO 2 DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE.....	6
Art. 2.1 Descrizione delle Prestazioni assicurate	6
Art. 2.2 Definizione dello stato di non autosufficienza.....	6
Art. 2.3 Attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL).....	6
CAPITOLO 3 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE	7
Art 3.1 Tacito rinnovo del contratto	7
Art 3.2 Recesso in caso di Sinistro.....	7
Art 3.3 Recesso Anticipato dell'assicurato:.....	7
Art 3.4 Anticipata risoluzione del contratto.....	7
Art 3.5 Forma delle comunicazioni	7
Art 3.6 Variazioni di rischio	7
Art 3.7 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	7
Art 3.8 Oneri fiscali.....	8
Art 3.9 Legge applicabile e rinvio	8
Art 3.10 Assicurazione per conto altrui.....	8
Art 3.11 Clausola Broker	8
Art 3.13 Rinuncia alla Rivalsa	8
CAPITOLO 4 PREMIO DI ASSICURAZIONE	9
Art 4.1 Effetto della copertura e Pagamento del Premio	9
Art 4.2 Identificazione delle persone assicurate e variazioni in corso d'anno.....	9
Art 4.3 Regolazione del Premio.....	9
CAPITOLO 5 NORME IN CASO DI SINISTRO	10
Art. 5.1 Denuncia del danno e obblighi dell'Assicurato	10
Art. 5.2 Obblighi dell'Assicurato	10

Art. 5.3 Fase d'istruttoria	10
Art. 5.4 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza	10
Art. 5.5 Erogazione delle prestazioni	11
Art. 5.6 Rivedibilità dello stato di non autosufficienza	11
Art. 5.7 Beneficiario della prestazione assicurativa	11
Art 5.8 Collegio Medico.....	11
Art 5.9 Controversie.....	11
Art 5.10 Foro competente.....	11
ALLEGATO 1 OPZIONI PRATICABILI	12
INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - (Art.13 e 14 Reg.EU 679/2016).....	13
FACSIMILE DI RECLAMO ALL'IMPRESA	16

GLOSSARIO

La presente parte del set informativo contiene un elenco che riporta ed esplicita le definizioni dei termini utilizzati, in generale, in un contratto assicurativo. Si avverte che i termini di seguito riportati non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione del presente contratto di assicurazione, in relazione al quale avranno rilevanza unicamente i termini definiti nella Condizioni di Assicurazione.

- **Broker:** Soggetto che esercita a titolo oneroso attività di presentazione o proposta di contratti di assicurazione svolgendo atti preparatori e/o conclusivi di tali contratti, ovvero presta assistenza e consulenza finalizzate a tale attività
- **Aggravamento del rischio:** Qualunque mutamento avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione che comporti un incremento della probabilità che si verifichi l'evento assicurato oppure un incremento del danno conseguente al suo verificarsi.
- **Assicurato/Assistito:** La persona nell'interesse della quale è stipulato il contratto, nonché titolare del diritto all'eventuale indennizzo.
- **Assicuratore:** L'Impresa di assicurazione.
- **Assicurazione:** L'operazione con cui un soggetto (assicurato) trasferisce ad un altro soggetto (assicuratore) un rischio al quale egli è esposto naturalmente o per disposizione di legge.
- **Carenza:** Il periodo che può intercorrere tra il momento della stipulazione di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia offerta dall'assicuratore diviene concretamente efficace.
- **Condizioni di assicurazione:** Le clausole di base previste da un contratto di assicurazione. Esse riguardano gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto, e possono essere integrate da condizioni speciali e aggiuntive.
- **Coniuge/convivente:** Il Coniuge dell'Assicurato o il convivente more uxorio, come risultante da stato di famiglia.
- **Contraente:** il soggetto che stipula l'Assicurazione nell'interesse proprio o di chi spetta e che è responsabile del versamento del premio.
- **Data Decorrenza Copertura:** Dalla data alla quale viene sottoscritto il contratto se contestuale al pagamento del premio alla firma, altrimenti data alla quale viene effettuato il pagamento.
- **Differimento:** L'intervallo di tempo che intercorre tra la data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza e la data in cui matura il diritto a percepire la prestazione assicurata nella Sezione Long Term Care.
- **Diminuzione del rischio:** Qualunque mutamento avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione che comporti una riduzione della probabilità che si verifichi l'evento assicurato oppure una riduzione del danno conseguente al suo verificarsi.
- **Diritto di recesso:** È il diritto di ripensamento del contraente, esercitabile nei termini previsti dalla legge dopo la stipula del contratto di assicurazione, esercitando il quale ne annulla gli effetti.
- **Disdetta:** La comunicazione che il contraente o l'assicuratore deve inviare all'altra parte, entro i termini previsti dal contratto, per manifestare la propria volontà di recedere da esso.
- **Esclusioni:** Rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dalla Società, elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.
- **Estensione territoriale:** Lo spazio geografico entro il quale l'assicurazione opera.
- **Indennizzo o Indennità:** È la somma dovuta dall'assicuratore al beneficiario a titolo di riparazione del danno subito dall'assicurato a seguito di un sinistro.
- **Indennità forfettaria mensile:** Somma di denaro garantita mensilmente dalla Società in caso di riconoscimento di stato di non autosufficienza con prestazione di risarcimento sotto forma di indennità;
- **Indennità Una Tantum:** Somma di denaro risarcita in un'unica soluzione, secondo termini di Polizza, dalla Società all'assicurato all'entrata dello stato di non autosufficienza;
- **IVASS: Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni.**
- **Limite catastrofale:** Esborso massimo complessivo riconosciuto in caso di sinistro che colpisca contemporaneamente più persone assicurate in conseguenza di un unico evento.
- **Periodo di assicurazione:** Periodo di tempo per il quale opera la garanzia assicurativa a condizione che sia stato pagato il premio corrispondente
- **Periodo di Carenza:** Periodo di Tempo compreso tra la data di sottoscrizione della polizza e quello in cui si producono tutti gli effetti dell'assicurazione
- **Premio:** La somma dovuta dalla Contraente alla Società. I mezzi di pagamento consentiti dalla società sono quelli previsti dalla normativa vigente
- **Prescrizione:** Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso. I diritti nascenti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni.
- **Sinistro:** Il verificarsi della prestazione assicurata

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

CAPITOLO 1 OGGETTO ESCLUSIONI E LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

Art 1.1 Oggetto dell'assicurazione

Oggetto della presente Polizza è l'assicurazione contro il rischio di non autosufficienza a seguito di infortunio, malattia grave o longevità a premio annuo unico con prestazione di risarcimento che potranno prevedere cumulativamente e/o alternativamente un'indennità forfettaria pagabile con rateazione mensile anticipata per la durata della non autosufficienza e/o comunque nei limiti temporali determinati in Polizza e richiamati nell'allegato 1 nonché un'indennità una tantum, quando questi si trovi in uno stato di non autosufficienza come definito dall'Art. 5.4 "Riconoscimento dello stato di non autosufficienza";

Art 1.2 Prestazioni assicurate

L'Assicurazione è prestata per il caso di non autosufficienza in base all'opzione prescelta tra quelle indicate nell'allegato 1 e richiamate in Polizza.

Le prestazioni assicurative riconosciute devono intendersi calcolate sulla base dell'ammontare del premio, conseguentemente non potranno subire successive modifiche e rivalutazioni.

Il pagamento della prestazione assicurativa viene, quindi, interrotta qualora l'Assicurato recuperi lo stato di autosufficienza.

Art 1.3 Esclusioni

Sono esclusi dalla garanzia i casi di non autosufficienza dovuti alle seguenti cause:

- dalla pratica di sport aerei in genere, dalla partecipazione a gare motoristiche – al di fuori dei regolamenti sportivi – e alle relative prove e dalla pratica, anche a livello non professionale, dei seguenti sport: sci con salti dal trampolino, bobsleigh, guidoslitta, pugilato, lotta nelle sue varie forme, scalate di roccia e ghiacciaio, immersioni con ARA e speleologia, rugby, football americano;
- da stato di ubriachezza accertata, come da Codice della Strada;
- Incidente di volo, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo, e in ogni caso se viaggia come membro dell'equipaggio;
- alcolismo, tossicodipendenza, uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o allucinogeni o psicofarmaci, tentativo di suicidio, mutilazione, contaminazione radioattiva;
- Omissione o falsa dichiarazione dell'Assicurato;
- patologie di ordine fisiche diverse da quelle organiche (psicosi, nevrosi, sindrome ansio- depressive...ecc.);

Sono inoltre escluse le conseguenze di:

- atti compiuti o tentati dall'Assicurato e/o dal Contraente con dolo o colpa grave;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a delitti dolosi;
- trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo (naturali o provocati) e accelerazione di particelle atomiche, salvo quelle subite come paziente per applicazioni radioterapeutiche;
- partecipazione attiva dell'Assicurato a guerre, insurrezioni, sommosse, atti di terrorismo.

Art 1.4 Limite d'età – Persone non assicurabili

Possono essere inseriti in copertura solo i soggetti indicati in Polizza e che abbiano un'età compresa tra i 18 e i 74 anni.

E' data facoltà di mantenere attiva la copertura assicurativa fino al compimento del settantacinquesimo anno di età. Per età assicurativa si deve intendere l'età espressa in anni compiuti eventualmente aumentata di uno se, al momento dell'adesione, sono trascorsi sei mesi o più dall'ultimo compleanno.

Non sono assicurabili le persone affette da infermità mentali, tossicodipendenza, delirium tremens, alcoolismo e l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.

Non sono assicurabili le persone che al momento della stipula del Contratto abbiano già riconosciuta un'invalidità permanente di grado superiore al 50% o sia già stata avanzata richiesta di riconoscimento della stessa.

Non sono assicurabili le persone che al momento della stipulazione del Contratto di assicurazione siano già in condizione di non autosufficienza o che non possono compiere autonomamente almeno uno dei quattro atti della vita quotidiana, come specificati nell'art. 2.3 "Attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL)".

Art 1.5 Limiti territoriali

L'assicurazione è valida per tutti i paesi del mondo. Gli indennizzi verranno comunque pagati in Italia ed in Euro.

Art 1.7 Periodo di carenza

Nel caso in cui la Contraente abbia un gruppo di assicurati inferiore a cinquanta, la garanzia decorre:

GLOSSARIO

OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI
DELL'ASSICURAZIONE

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI
ASSICURATE

NORME CHE REGOLANO
L'ASSICURAZIONE

PREMIO
DI ASSICURAZIONE

NORME IN CASO
DI SINISTRO

- A) Dalla data di decorrenza del Contratto di assicurazione nel caso di non autosufficienza conseguente a infortunio;
 B) Dopo tre anni dalla data di decorrenza del Contratto di assicurazione nel caso di non autosufficienza conseguente all'insorgenza della malattia di Alzheimer o patologie similari di demenza senile invalidanti di origine organica;
 C) Dopo dodici mesi dalla data di decorrenza del Contratto di Assicurazione nel caso di non autosufficienza conseguente a cause diverse da quelle specificate ai precedenti punti A e B.

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

CAPITOLO 2 DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

Art. 2.1 Descrizione delle Prestazioni assicurate

La presente assicurazione copre il rischio di non autosufficienza a seguito di infortunio, malattia grave o longevità.

A seguito del riconoscimento dello stato di non autosufficienza l'assicurato avrà diritto ad un risarcimento sotto forma di indennità una tantum e/o indennità forfettaria pagabile con rateazione mensile anticipata, nei termini e per un valore complessivo corrispondente alla somma garantita in Polizza.

Qualora la Contraente abbia un gruppo di assicurati pari o inferiore a cinquanta, è prevista la compilazione di un questionario anamnestico per ciascun Assicurato, come di seguito meglio specificato:

1. Questionario Non autosufficienza semplificato: da compilare a cura dell'Assicurato di età inferiore a 65 anni.

Qualora, nella compilazione del questionario semplificato, venga fornita almeno una risposta affermativa sarà necessario procedere alla compilazione del "Questionario Medico" con l'ausilio del medico curante

2. Questionario medico Non autosufficienza: da compilare a cura dell'Assicurato con età superiore a 65 anni e/o qualora sia presente almeno una risposta affermativa ad una domanda del questionario semplificato.

Qualora invece, la Contraente abbia un gruppo di assicurati superiore a cinquanta, non è prevista la compilazione di un questionario anamnestico per ciascun Assicurato, salvo per gli assicurati di età pari o superiore ai 65 anni.

Art. 2.2 Definizione dello stato di non autosufficienza

Ai sensi della presente Polizza, è considerato in stato di non autosufficienza l'Assicurato che, a causa di una malattia, di infortunio o per longevità, si trovi per un periodo di tempo non inferiore a 90 giorni continuativi, in uno stato tale - presumibilmente in modo permanente - da aver bisogno dell'assistenza di un'altra persona per aiutarlo nello svolgimento di almeno 3 su 4 delle attività ordinarie della vita quotidiana indicate all'Art.2.3, nonostante l'utilizzo di apparecchiature mediche e/o chirurgiche.

Il livello di non autosufficienza è accertato da un medico e, al fine dell'accertamento, verranno seguite le procedure previste dai successivi Articoli 5.3 – 5.5 e 5.6

Ai sensi della presente Polizza, è considerato in stato di non autosufficienza l'Assicurato affetto da morbo di Alzheimer o similari demenze senili invalidanti di origine organica, diagnosticate attraverso specifici test clinici (test MMS di Folstein con punteggio inferiore a 15), tali da giustificare l'assistenza costante di una terza persona per compiere almeno 3 delle 4 azioni consuete della vita quotidiana.

Art. 2.3 Attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL)

Per attività ordinarie della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL) si intendono:

Lavarsi: capacità di farsi il bagno o la doccia e di mantenere un livello accettabile di igiene personale senza l'assistenza di una terza persona.

Nutrirsi: capacità di mangiare e bere, senza l'assistenza di una terza persona.

Muoversi: capacità di alzarsi dal letto, dalla sedia, di coricarsi, di sedersi senza l'assistenza di una terza persona.

Vestirsi: capacità di mettersi o togliersi i propri vestiti senza l'assistenza di una terza persona.

GLOSSARIO

OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI
DELL'ASSICURAZIONE

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI
ASSICURATE

NORME CHE REGOLANO
L'ASSICURAZIONE

PREMIO
DI ASSICURAZIONE

NORME IN CASO
DI SINISTRO

CAPITOLO 3 NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art 3.1 Tacito rinnovo del contratto

In mancanza di disdetta data da una delle Parti Contraenti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per una durata uguale a quella originaria, esclusa la frazione di anno.

La disdetta del contratto comporta la cessazione delle garanzie assicurative per tutti gli Assicurati.

Ai fini del presente contratto farà fede la data di spedizione come da timbro dell'Ufficio Postale o data di invio del fax/PEC. La durata dell'Assicurazione è indicata in Polizza

Art 3.2 Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni Sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, la Società potrà recedere dall'Assicurazione. La relativa comunicazione deve essere data mediante lettera raccomandata ed ha efficacia dopo 30 giorni dalla data di invio della stessa. In caso di recesso esercitato dalla Società, quest'ultima rimborserà al Contraente la quota di Premio netto relativa al periodo di rischio non corso.

Art 3.3 Recesso Anticipato dell'assicurato:

Il Contraente può esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla data di conclusione del contratto inviando una raccomandata con avviso di ricevimento alla Compagnia. Entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione la Compagnia ha l'obbligo di rimborsare il premio eventualmente corrisposto al netto delle spese di emissione del contratto effettivamente sostenute e della quota parte di premio relativa al periodo nel quale il contratto ha avuto effetto.

Art 3.4 Anticipata risoluzione del contratto

Nei casi di recesso o di anticipata risoluzione del contratto richiesta dalla Contraente, sono dovuti alla Società, oltre alle rate di premio scadute e rimaste insoddisfatte l'intero ammontare del premio relativo al periodo di assicurazione in corso al momento in cui si è verificata la causa che ha provocato la risoluzione.

Art 3.5 Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente/Assicurato è tenuto sono valide solo se fatte per iscritto con raccomandata a/r alla Direzione Generale per l'Italia (al seguente indirizzo: Harmonie Mutuelle - sita in Via San Gregorio 48 – Milano 20124) o PEC harmoniemutuelle@legalmail.it, oppure all'Intermediario scelto dal Contraente/Assicurato e riconosciuto dalla Società. Qualunque modificazione del Contratto non è valida se non risulta da atto di variazione sottoscritto dalle Parti.

Art 3.6 Variazioni di rischio

La Contraente ha l'obbligo di dare immediata comunicazione scritta alla Società di ogni variazione che intervenga a modificare il rischio oggetto di assicurazione, diverso dagli elementi oggetto di comunicazione ai fini della regolazione del premio o dell'inclusione degli Assicurati in copertura.

Se la variazione implica diminuzione del rischio, la Società provvederà a ridurre in proporzione il premio o le rate di premio successive alla comunicazione fatta dalla Contraente, ai sensi dell'Art.1897 Codice Civile, rinunciando al relativo diritto di recesso.

Se la variazione implica aggravamento del rischio, la Società ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di quindici giorni, salvo accordo tra le Parti per la prosecuzione del contratto stesso con apposito atto di variazione. 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 Codice Civile.

Art 3.7 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

La Società presta la garanzia e ne determina il Premio in base alle dichiarazioni fornite dal Contraente / Assicurato, che pertanto deve manifestare tutte le circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio.

In caso di dichiarazioni inesatte o reticenti relative a circostanze tali che l'impresa, se le avesse conosciute, non avrebbe dato il proprio consenso o non lo avrebbe dato alle stesse condizioni, la stessa ha diritto:

a) In caso di dolo o colpa grave art 1892 c.c. di:

- Annullare, recedere e contestare la validità del contratto entro 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto le inesattezze o le reticenze delle dichiarazioni fornite dal contraente e dall'assicurato;
- In ogni caso rifiutare qualsiasi pagamento al verificarsi di un sinistro;

b) Nel caso non esista dolo o colpa grave art 1893 c.c. di:

- Ridurre, le somme assicurate al verificarsi del sinistro in relazione al maggior rischio accertato;
- Recedere dal contratto entro 3 mesi dal giorno in cui è venuta a conoscenza dell'inesattezza delle dichiarazioni o della reticenza.

GLOSSARIO

OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI
DELL'ASSICURAZIONE

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI
ASSICURATE

NORME CHE REGOLANO
L'ASSICURAZIONE

PREMIO
DI ASSICURAZIONE

NORME IN CASO
DI SINISTRO

c) Le inesatte indicazioni dell'età dell'assicurato comporta in ogni caso la rettifica delle prestazioni in base all'età reale.

Art 3.8 Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Contraente.

Art 3.9 Legge applicabile e rinvio

Il presente contratto è regolato dalla legge italiana, da ritenersi applicabile anche per tutto quanto non è qui diversamente stabilito.

Art 3.10 Assicurazione per conto altrui

La presente assicurazione è stipulata per conto altrui; pertanto gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dalla Contraente, salvo quelli che per la loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, ai sensi dall'Art.1891 Codice Civile.

Art 3.11 Clausola Broker

Agli effetti delle condizioni normative tutte della presente Polizza, l'Impresa dà atto che ogni comunicazione fatta dalla Contraente all'Intermediario, incaricato alla gestione del presente contratto, tramite lettera raccomandata o Pec, si intenderà come fatta all'Impresa, come pure ogni comunicazione fatta dall'intermediario all'Impresa, in nome e per conto della Contraente, si intenderà fatta dalla Contraente stessa, facendo fede per la validità la data risultante da uno dei documenti sopraindicati.

Art 3.13 Rinuncia alla Rivalsa

La Società rinuncia a favore dell'Assicurato o suoi aventi diritto, all'azione di regresso che le compete per l'Art. 1916 del Codice Civile, verso i terzi responsabili dell'infortunio

GLOSSARIO
OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE
DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE
PREMIO DI ASSICURAZIONE
NORME IN CASO DI SINISTRO

CAPITOLO 4 PREMIO DI ASSICURAZIONE

Art 4.1 Effetto della copertura e Pagamento del Premio

Il Contraente è tenuto a pagare, presso la Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Intermediario cui la polizza è assegnata, alle rispettive scadenze e per tutta la durata del contratto, i premi stabiliti nel Certificato di assicurazione.

Nell'ipotesi di pagamento rateale del premio, la prima rata dovrà essere versata alla consegna della polizza; le rate successive vengono pagate contro rilascio di quietanze emesse dalla Direzione Generale per l'Italia ovvero alla Rappresentanza periferica, Agente o Broker cui la polizza è assegnata, che devono portare la data del pagamento e la firma della persona che riscuote l'importo.

L'assicurazione decorre dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno indicato nella polizza/ certificato, se in quel momento il premio risulterà pagato; in caso diverso, decorre dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno in cui si effettua il pagamento, ferme restando le scadenze del contratto. Per le rate successive alla prima è concesso il termine di 30 (trenta) giorni, trascorso il quale l'assicurazione resta sospesa e rientra in vigore soltanto dalle ore 24 (ventiquattro) del giorno di pagamento del premio e delle spese, ferme restando le scadenze contrattualmente stabilite.

Trascorso il termine di rispetto di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare con lettera raccomandata la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigerne giudizialmente l'esecuzione.

Il premio è fisso e viene determinato in Polizza.

Il premio, è interamente dovuto anche qualora ne fosse stato concesso il frazionamento in due o più rate. Resta inteso che eventuali sinistri occorsi durante il periodo di sospensione della Polizza non saranno coperti dalle garanzie riconosciute in contratto e conseguentemente non avrà luogo alcun indennizzo rispetto agli eventuali sinistri denunciati.

Art 4.2 Identificazione delle persone assicurate e variazioni in corso d'anno

L'assicurazione vale per le persone nominativamente comunicate dalla Contraente prima dell'inizio della copertura.

La Contraente si impegna a comunicare alla Società i seguenti dati per ciascun Assicurato per il quale venga richiesto l'inserimento in copertura assicurativa:

- Nome, cognome, data di nascita degli assicurati o altro identificativo ritenuto idoneo;
- Data di effetto e/o cessazione della copertura;
- Opzione prescelta.

La comunicazione dovrà essere effettuata al momento della conclusione del contratto di Assicurazione tramite documento in formato elettronico fornito direttamente dalla Società ovvero tramite supporto elettronico elaborato dalla Contraente e pre-concordato con la Società. Sulla base di tali comunicazioni, la Società procederà alla determinazione del premio iniziale anticipato, ed alla regolazione dei premi successivi, al termine di ogni annualità assicurativa, sulla base dell'effettivo periodo di rischio corso per ogni Assicurato.

Tutte le successive variazioni relative alle persone assicurate devono essere comunicate per iscritto dalla Contraente alla Società entro il termine di 30 giorni dal momento in cui si sono verificate.

La Società e il Contraente possono stabilire precise modalità per l'invio, possibilmente su supporto informatico, di dette variazioni.

La Società ne prende atto alla ricorrenza annuale della copertura mediante emissione di appendice di regolazione del premio.

Art 4.3 Regolazione del Premio

Il premio di polizza è inizialmente determinato sulla base del numero degli Assicurati indicati su apposito tracciato record informatico che costituisce parte complementare del contratto.

Il premio stabilito, viene versato dal Contraente in via anticipata per tutti i nominativi inizialmente comunicati ed è dovuto per intero. Non sono consentiti il frazionamento del premio, né l'applicazione di sconti.

Entro 90 giorni dal termine di ciascun anno assicurativo la Società, in base alle comunicazioni di variazione ricevute in corso d'anno, emetterà appendice di regolazione premio computando:

- l'intero premio annuo per gli ingressi avvenuti.

Nessun rimborso di premio sarà dovuto per le cessazioni in corso d'anno, fermo l'obbligo del Contraente di inviare comunicazione di cessazione nei termini convenuti; in proposito la Società si impegna a garantire le prestazioni assicurate fino alla fine dell'annualità per la quale è stato pagato il premio.

GLOSSARIO

OGGETTO ESCLUSIONI/LIMITAZIONI
DELL'ASSICURAZIONE

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI
ASSICURATE

NORME CHE REGOLANO
L'ASSICURAZIONE

PREMIO
DI ASSICURAZIONE

NORME IN CASO
DI SINISTRO

CAPITOLO 5 NORME IN CASO DI SINISTRO

Art. 5.1 Denuncia del danno e obblighi dell'Assicurato

La denuncia del sinistro deve essere presentata alla società assicurativa o al Broker affidatario del contratto così come meglio spiegato sotto e secondo le modalità da esso previste entro 10 giorni da quando l'Assicurato ne ha avuto conoscenza.

La denuncia deve essere corredata da referto medico attestante la natura della malattia.

L'Assicurato deve inoltre produrre copia della cartella clinica. La documentazione sanitaria deve sempre contenere la diagnosi o presunta diagnosi.

L'Assicurato, i suoi familiari o aventi diritto devono consentire la visita di medici della Società e a qualsiasi indagine che questa ritenga necessaria, sciogliendo a tal fine dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso; devono altresì provvedere alla presentazione, ove richiesta, della copia della cartella clinica e ulteriore documentazione utile richiesta dalla Società.

Le spese relative ai certificati medici sono a carico dell'Assicurato.

Colui che richiede l'indennizzo deve provare l'esistenza di tutti gli elementi del proprio diritto.

Se dolosamente non viene adempiuto agli obblighi previsti dal presente articolo, l'Assicurato perde il diritto all'indennizzo; se a tali obblighi non viene adempiuto colposamente, la Società ha il diritto di ridurre l'indennizzo in ragione del pregiudizio sofferto.

Art. 5.2 Obblighi dell'Assicurato

Da quando si presume siano maturate le condizioni di non autosufficienza ai sensi dell'art. Art. 2.2 – "Definizione dello stato di non autosufficienza", l'Assicurato, o qualsiasi altra persona del suo ambito familiare o che comunque si occupi dello stesso, al fine di avviare le procedure di accertamento del sinistro deve:

1. Comunicare per iscritto il verificarsi dell'evento alla Contraente, che a sua volta informerà la Compagnia, entro 30 giorni dal verificarsi dell'evento mediante PEC e lettera raccomandata con ricevuta di ritorno;
2. produrre tutta la documentazione medica del caso, sciogliendo dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato e curato;
3. sottoporsi anche in fase di ricovero a eventuali accertamenti e controlli medici disposti dalla Compagnia o da suoi incaricati, fornendo alla stessa ogni informazione;
4. fornire delega scritta alla Compagnia al fine di poter verificare l'esistenza in vita dell'Assicurato;
5. fornire certificato del medico curante o medico ospedaliero che documenti lo stato di non autosufficienza dell'Assicurato, precisando la data di inizio e la causa che lo ha determinato;
6. in caso di perdita delle capacità cognitive, fornire gli esiti di un accertamento diagnostico comprendente l'esito di un test di valutazione delle funzioni cognitive (ad esempio il test di MMS di Folstein).

Le spese relative a certificati medici e altre documentazioni mediche richieste dalla Compagnia o dai suoi incaricati sono a carico dell'Assicurato.

Art. 5.3 Fase d'istruttoria

Al fine del riconoscimento dello stato di non autosufficienza da parte della Compagnia così come previsto dall' Art. 2.2- Definizione dello stato di non autosufficienza", questa si impegna a rispettare le seguenti procedure di gestione.

Tempistiche di gestione:

- Entro 20 giorni dal ricevimento della denuncia da parte dell'Assicurato ovvero da parte di un suo rappresentante allo scopo delegato, la Compagnia invia il questionario da compilare e la richiesta di ulteriore documentazione medica ove necessario;
- Entro 60 giorni dal ricevimento del questionario e della documentazione medica esaustiva la Compagnia, ove lo ritenga necessario, si impegna a sottoporre l'Assicurato a visita;
- Entro 120 giorni dal ricevimento del questionario, indipendentemente dal fatto che sia stata o no richiesta la visita, la Compagnia si impegna a dare riscontro all'Assicurato, in merito al riconoscimento o meno della non autosufficienza

Art. 5.4 Riconoscimento dello stato di non autosufficienza

La Compagnia provvederà a formalizzare per iscritto all'Assicurato, o alla persona che lo rappresenta, il riconoscimento dello stato di non autosufficienza entro 30 giorni dal ricevimento della documentazione completa.

Durante la fase di accertamento, la Compagnia si riserva il diritto di accertare lo stato di non autosufficienza con propri medici fiduciari, i cui costi saranno a suo totale carico.

Nel caso di rifiuto del riconoscimento dello stato di non autosufficienza, ogni nuova richiesta formulata dall'Assicurato dovrà essere effettuata non prima del termine di un minimo di tre mesi a decorrere dalla data di notifica del rifiuto, con riserva di presentare nuovi elementi attestanti lo stato di non autosufficienza.

GLOSSARIO

OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI
DELL'ASSICURAZIONE

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI
ASSICURATE

NORME CHE REGOLANO
L'ASSICURAZIONE

PREMIO
DI ASSICURAZIONE

NORME IN CASO
DI SINISTRO

Art. 5.5 Erogazione delle prestazioni

L'indennità una tantum e l'indennità forfettaria pagabile con rateazione mensile anticipata verranno erogate trascorsi 90 giorni dalla data di riconoscimento dello stato di non autosufficienza. L'indennità forfettaria mensile sarà corrisposta per tutta la durata dello stato di non autosufficienza e comunque per il periodo di cui all'opzione prescelta. La Compagnia, unitamente alla comunicazione con cui dichiara lo stato di non autosufficienza, richiederà all'Assicurato o al suo rappresentante, le coordinate bancarie sulle quale procedere al pagamento di quanto dovuto.

Art. 5.6 Rivedibilità dello stato di non autosufficienza

La Compagnia o il terzo incaricato si riserva la facoltà di procedere in ogni momento, anche successivamente all'accertamento dello stato di non autosufficienza come previsto all'esito delle procedure indicate nell'art.5.3 a un controllo dello stato di salute dell'Assicurato e di farlo visitare da un medico; può inoltre richiedere tutti i documenti necessari a comprovare il suo effettivo stato di salute. In caso di rifiuto dell'Assicurato di sottoporsi ai controlli necessari o di fornire la documentazione richiesta, il pagamento della indennità forfettaria mensile è sospeso. Se l'Assicurato non ha più i requisiti per il riconoscimento della prestazione, l'erogazione della indennità forfettaria mensile viene sospesa dal momento in cui è stata recuperata l'autosufficienza. L'Assicurato deve comunicare alla Compagnia il recupero della sua autonomia. La corresponsione della indennità forfettaria mensile comporta, per l'Assicurato che ne ha usufruito, l'interruzione del relativo premio. Ogni dodici (12) mesi l'Assicurato sarà tenuto a indirizzare alla Compagnia un documento che attesti l'esistenza in vita dell'Assicurato. In caso di decesso dell'Assicurato, i suoi eredi e/o aventi diritti sono tenuti a comunicarlo alla Compagnia entro i trenta giorni dalla data di decesso.

Art. 5.7 Beneficiario della prestazione assicurativa

Il beneficiario della prestazione assicurativa è il solo assicurato.

Art 5.8 Collegio Medico

In caso di controversia sulla natura o sulle conseguenze dell'infortunio (o della malattia), la Società e l'Assicurato potranno conferire mandato ad un Collegio di tre medici. Le decisioni del Collegio saranno prese a maggioranza di voti con dispensa da ogni formalità di legge senza contravvenire alla legge stessa. La proposta di convocare il Collegio medico deve partire dall'Assicurato o dagli aventi diritto, entro trenta giorni da quello in cui è stata comunicata la decisione della Società e deve essere fatta per iscritto con l'indicazione del nome del medico designato, dopo di che la Società comunicherà all'Assicurato, entro trenta giorni, il nome del medico che essa a sua volta avrà designato. Il terzo medico viene scelto dalla Società e dall'Assicurato entro una terna di medici proposta dai due primi medici designati; in caso di disaccordo, il terzo medico è designato dal Segretario dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio medico. Il Collegio Medico risiede nella località scelta consensualmente dalle Parti; in caso di disaccordo il Collegio Medico risiede nel comune, sede dell'Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Nominato il terzo medico, la Società convocherà il Collegio invitando l'Assicurato o gli aventi diritto a presentarsi. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunererà il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze del terzo medico. La decisione del collegio medico è obbligatoria per le parti anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale. Eventuali spese legali e/o di assistenza sostenute dalle parti durante tutta l'attività di gestione del sinistro e di arbitrato devono ritenersi sempre ed interamente compensate fra le stesse.

Art 5.9 Controversie

Qualora s'intenda intraprendere un'azione giudiziale, dovrà essere previamente esperita la procedura di mediazione prevista dal d.lgs. n. 28/2010 e successive modificazioni ed integrazioni.

Tale procedimento si svolge presso un organismo iscritto nel registro tenuto dal Ministero della Giustizia, il cui elenco nonché il procedimento sono consultabili sul sito www.giustizia.it.

La mediazione si introduce con una domanda all'organismo nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia contenente l'indicazione dell'organismo investito, delle parti, dell'oggetto della pretesa e delle relative ragioni.

Esperita la mediazione obbligatoria rimarrà facoltà dell'assicurato, in caso di divergenza sulla natura e sulle conseguenze delle lesioni, sul grado di invalidità permanente o sul grado o durata di inabilità temporanea, adire il Tribunale competente.

Art 5.10 Foro competente

Per ogni controversia è competente, a scelta della parte attrice, l'autorità giudiziaria che ha giurisdizione nella Sede, residenza o domicilio elettivo della Società, del Contraente o dell'avente diritto.

GLOSSARIO

OGGETTO ESCLUSIONI LIMITAZIONI
DELL'ASSICURAZIONE

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI
ASSICURATE

NORME CHE REGOLANO
L'ASSICURAZIONE

PREMIO
DI ASSICURAZIONE

NORME IN CASO
DI SINISTRO

ALLEGATO 1

OPZIONI PRATICABILI

Limite temporale	
<i>Opzione A</i>	<i>Fino a 3 anni</i>
<i>Opzione B</i>	<i>Fino a 5 anni</i>
<i>Opzione C</i>	<i>Fino al Perdurare dello stato di Non Autosufficienza</i>

Limite Indennitario forfettario mensile	
<i>Opzione 1</i>	<i>€ 500,00</i>
<i>Opzione 2</i>	<i>€ 1.000,00</i>
<i>Opzione 3</i>	<i>€ 1.500,00</i>
<i>Opzione 4</i>	<i>€ 2.000,00</i>

Limite indennitario Una Tantum	
<i>Opzione 5000</i>	<i>€ 5.000,00</i>
<i>Opzione 10000</i>	<i>€ 10.000,00</i>

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI - (Art.13 e 14 Reg.EU 679/2016)

A far corso dal 25 Maggio 2018 è applicabile il Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali. La nostra Società in qualità di Titolare del trattamento, come prescritto dalla normativa europea per la tutela dei dati personali (Regolamento Europeo 679/2016), desidera informarla che, al fine di fornire i servizi e/o le prestazioni e/o i prodotti assicurativi richiesti, i dati personali saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti:

1. Titolare del Trattamento

Il Titolare del trattamento, ovvero il soggetto cui spettano le decisioni riguardo alle finalità, modalità e sicurezza dei dati personali, è Harmonie Mutuelle, stabilimento italiano, Via San Gregorio 48, 20124 Milano, tel. 02.99371043, fax 02.99371044, e-mail: privacy@harmoniemutuelleitalia.it

2. Responsabile per la protezione dei dati personali

Il Responsabile per la protezione dei dati, altresì noto con l'acronimo DPO, sorveglia il rispetto della normativa in materia di dati personali e coopera con l'autorità di controllo (il Garante per la Protezione dei Dati Personali). Il nostro responsabile per la protezione dei dati personali è raggiungibile:

- Per e-mail all'indirizzo dpo@harmoniemutuelleitalia.it;
- Per posta cartacea all'indirizzo Harmonie Mutuelle Italia, Att.ne Responsabile della Protezione dei Dati, Via San Gregorio 48, 20124 Milano;
- Fisicamente, previo appuntamento, presso gli uffici in Via San Gregorio 48, 20124 Milano.

3. Finalità e basi giuridiche del trattamento.

I dati personali che lei ci fornirà e che saranno raccolti nel corso dell'erogazione dei servizi da lei richiesti saranno trattati per le finalità e secondo le basi giuridiche di seguito indicate:

FINALITÀ <i>(Perché trattiamo i suoi dati)</i>	BASE GIURIDICA <i>(Sulla base di quale disposizione di legge li trattiamo.)</i>	CONSEGUENZE IN CASO DI RIFIUTO AL TRATTAMENTO <i>(Cosa accade se lei rifiuta di conferire i dati personali e/o di autorizzare il trattamento)</i>
Per espletare le attività contrattuali di cui alla legge 792/84, nella loro gestione ed esecuzione.	Limitatamente ai dati personali che non appartengono a categorie particolari (es. dati sulla salute): art. 6 par.1 lett. b) "il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte". Riguardo ai dati particolari: art. 9 par. 2 lett. a) "L'interessato ha prestato il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per le finalità specifiche indicate a lato".	Per quanto riguarda il trattamento dei dati non appartenenti a categorie particolari non occorre il consenso, mentre invece per il trattamento dei dati appartenenti a categorie particolari occorre l'esplicito consenso dell'assicurato. Nel caso in cui l'assicurato rifiuti di conferire i propri dati personali non sarà possibile dare esecuzione al contratto sottoscritto a suo favore. Qualora l'assicurato rifiutasse di prestare il consenso al trattamento dei dati particolari, poiché tali informazioni sono necessarie ai fini contrattuali, non sarà possibile procedere alla gestione dei sinistri. Infine, in caso di revoca del consenso al trattamento dei dati particolari da parte dell'assicurato, non si potrà proseguire il contratto nei suoi confronti.
Per svolgere gli adempimenti amministrativi, contabili, fiscali, antiriciclaggio relativi alle prestazioni di cui alla superiore finalità.	Limitatamente ai dati che non appartengono a categorie particolari (p.es. dati sulla salute); art. 6 par.1 lett. c) "il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento".	Non occorre il consenso, tuttavia se l'assicurato rifiuta di conferire i suoi dati personali essendo tali adempimenti necessari per legge non sarà possibile dare esecuzione al contratto sottoscritto a suo favore.
Per finalità di rilevazione della qualità dei servizi, ricerche di mercato ed indagini statistiche, promozione e vendita di servizi e/o prodotti svolte per posta o	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nel	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.

telefono, con sistemi anche automatizzati, e-mail, fax, messaggi preregistrati e SMS, ed analisi dei prodotti e servizi richiesti.	miglioramento dei servizi e nella promozione dei propri servizi".	
Per la gestione di eventuali reclami.	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nella gestione della Procedura per la gestione dei reclami".	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.
Per la prevenzione delle frodi.	Art. 6 par. 1 lett. f) "il trattamento è necessario per il perseguimento del legittimo interesse del titolare del trattamento, consistente nel prevenire frodi assicurative".	Non occorre il consenso, in ogni caso l'assicurato è libero di opporsi al trattamento ai sensi dell'art. 21 dandone comunicazione al titolare.

4. Destinatari e categorie di dati trattati.

I dati personali acquisiti alla sottoscrizione del contratto e nel corso della prestazione saranno trattati esclusivamente da personale all'uopo autorizzato da responsabili del trattamento all'uopo designati. Per la gestione di alcuni contratti, Harmonie Mutuelle, oltre che ai propri collaboratori, può affidarsi a collaboratori esterni e a società partner nonché a strutture sanitarie e professionisti del settore convenzionati e ripartiti su tutto il territorio italiano.

Oltre ai soggetti legittimati per legge, i dati personali dell'assicurato potranno essere comunicati esclusivamente a quei soggetti cui l'assicurato stesso ci autorizza. In particolare, per le finalità sotto espresse vengono effettuate le seguenti comunicazioni.

FINALITÀ	CATEGORIA DI DATI	DESTINATARI
Per lo svolgimento di attività connesse alla erogazione dei servizi oggetto del contratto.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Persone fisiche o giuridiche delle quali la società si avvale quali responsabili del trattamento.
Per la formulazione di pareri.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Medici legali, Consulenti Medici.
Per adempimenti connessi al rapporto assicurativo.	Identificativi, dati contrattuali.	Altri soggetti del settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione.
Per la prevenzione di frodi o per la gestione di contenziosi.	Identificativi, dati contrattuali, dati relativi alla salute.	Legali, investigatori e periti.
Per adempimenti connessi al rapporto assicurativo.	Identificativi, dati contrattuali.	Società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, nonché società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (ANIA) e consorzi propri del settore assicurativo.
Per soddisfare obblighi di legge.	Identificativi, dati contrattuali.	IVASS ed altre pubbliche amministrazioni, in particolare Agenzia delle Entrate.

5. Trasferimento all'estero

I dati personali dell'assicurato non sono trasferiti al di fuori dell'Unione Europea.

6. Periodo di conservazione dei dati personali e criteri utilizzati

I dati personali oggetto di trattamento sono raccolti in documenti la cui conservazione è stabilita coerentemente alle finalità di trattamento come sotto riepilogato.

CATEGORIE DI DOCUMENTI	CRITERI PER DETERMINARE LA DURATA DELLA CONSERVAZIONE
Documentazione contrattuale.	Sarà conservata per 10 anni a decorrere dalla data di cessazione del contratto, salvo proroghe dovute ad esempio all'esercizio del diritto di limitazione ovvero per contenziosi in corso.
Documentazione contabile e fiscale ed amministrativa.	Sarà conservata per 10 anni a decorrere dalla data di emissione del documento, salvo proroghe dovute per esempio a contenziosi in corso o proroghe dei termini di accertamento.

7. Diritti dell'interessato.

Il Regolamento riconosce all'assicurato i seguenti diritti che lei può esercitare nei confronti di e contro ciascun contitolare.

Un estratto completo degli articoli di legge che seguono è riportato in allegato.

- Diritto di accesso: L'art.15 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento dati che la riguarda ed in tal caso di ottenere l'accesso a tali dati.
- Diritto di rettifica: L'art. 16 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che la riguardano senza ingiustificato ritardo. Tenuto conto delle finalità del trattamento, l'interessato ha il diritto di ottenere l'integrazione dei dati personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa.
- Diritto di cancellazione: L'art. 17 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che la riguardano senza ingiustificato ritardo se sussiste uno dei motivi previsti dalla norma.
- Diritto di limitazione: L'art. 18 del Regolamento Europeo le consente di ottenere dal titolare del trattamento la limitazione del trattamento quando ricorre una delle ipotesi previste dalla norma.
- Diritto di opposizione: L'art. 21 del Regolamento Europeo le consente di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che la riguardano ai sensi dell'articolo 6, paragrafo 1, lettere e) o f), compresa la profilazione sulla base di tali disposizioni.
- Diritto alla portabilità: L'art. 20 del Regolamento Europeo le consente di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che la riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti secondo le condizioni previste dalla norma
- Diritto di revoca del consenso: L'art. 7 del Regolamento Europeo le consente di revocare il consenso da lei prestato in qualsiasi momento. La revoca del consenso non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.
- Diritto di reclamo: L'art. 77 del Regolamento Europeo, qualora lei ritenga che il trattamento che la riguarda violi il regolamento, le riconosce il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, segnatamente nello Stato membro in cui lei risiede abitualmente, lavora oppure del luogo ove si è verificata la presunta violazione.

8. Ulteriori informazioni

Un estratto completo degli articoli di legge sopra richiamati è disponibile presso l'Ufficio del DPO.

Tale ufficio potrà fornirle tutte le spiegazioni di cui lei avesse bisogno riguardo l'esercizio dei suoi diritti; le richieste possono essere inoltrate per iscritto, corredate da un documento valido di riconoscimento, presso Harmonie Mutuelle, all'attenzione dell'Ufficio del DPO.

9. Collaborazione

La protezione dei dati che riguardano l'assicurato e il rispetto dei principi previsti dalla normativa, con particolare riferimento al principio di trasparenza, sono per noi valori di primaria importanza; le saremo grati se vorrà aiutarci segnalandoci eventuali incomprensioni del presente documento ovvero suggerendoci miglioramenti presso i riferimenti del titolare come sopra indicato.

INFORMATIVA SULL'USO DELLE TECNICHE DI COMUNICAZIONE A DISTANZA PER LE INFORMAZIONI PRECONTRATTUALI E LA GESTIONE DEI CONTRATTI ASSICURATIVI

In conformità alla normativa vigente assicurativa, la nostra Società ha necessità di raccogliere il suo consenso ad inviarle, in formato elettronico ed al contatto da lei indicato in anagrafica, la documentazione e le comunicazioni, precontrattuali e contrattuali, previste dalla normativa e funzionali alla gestione dei servizi richiesti. In mancanza di tale consenso, le invieremo tali comunicazioni obbligatorie in formato cartaceo. Tale consenso fa riferimento a tutti i contratti stipulati con la nostra Compagnia e potrà da essere revocato liberamente in qualsiasi momento.

FACSIMILE DI RECLAMO ALL'IMPRESA

Harmonie Mutuelle Italia
Ufficio Reclami
Via San Gregorio, 48
20124 MILANO
Fax: 02 99 37 10 44
e-mail:
ufficioreclami@harmoniemutuelleitalia.it

Reclamo relativo a: polizza n. xxx.xxx e/o sinistro n. del.....

Assicurato:

Il sottoscritto *(indicare nome, cognome, domicilio e recapito telefonico di
colui che propone il reclamo sia che si tratti del soggetto direttamente interessato sia che si tratti di soggetto che agisce su incarico
del reclamante*)*

reclama quanto segue

(descrivere il motivo del reclamo ossia la condotta o il servizio oggetto di lamentela e tutte le circostanze utili per la valutazione).

In relazione a quanto sopra chiede all'impresa di assicurazione in indirizzo di..... *(esplicitare
le richieste che si vogliono proporre all'impresa ed eventuali argomentazioni a sostegno delle stesse).*

Si allega *(produrre la documentazione utile e necessaria a valutare la condotta o il servizio oggetto di lamentela).*

Si resta in attesa di riscontro entro 45 giorni dal provvedimento della presente
(Regolamento Isvap 24/08)

Data

Firma *(del soggetto che propone il reclamo)*

* In quest'ultimo caso è necessaria la controfirma del reclamo da parte del soggetto interessato per consentire
l'immediata trattazione delle eventuali informazioni riservate della persona nel cui interesse si propone il reclamo.