

## CONDIZIONI GENERALI DEL PIANO PROTEZIONE INFORTUNI

### INFORMAZIONI GENERALI SULLA POLIZZA

#### DIRITTO DI RECESSO

##### Il Suo diritto di recesso

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

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

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

##### Recesso dalla Polizza da parte Nostra

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

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

- **mancato pagamento di un Premio, come indicato nella successiva sezione B;**
- **informazioni inesatte da Lei fornite od omesse informazioni che siano rilevanti ai fini della Sua Polizza, come indicato nella successiva sezione G.1**

#### RECLAMI

Ci impegniamo a fornire servizi di qualità ai Nostri clienti. Tuttavia, si potrebbe verificare l'eventualità in cui Lei non si ritenga soddisfatto dei servizi ricevuti. In tal caso, La preghiamo di contattare il nostro Servizio Clienti, i cui dettagli di contatto sono indicati nell'Allegato.

Su richiesta è disponibile la procedura per la gestione dei reclami per iscritto.

Qualora, avendo seguito la procedura sopra indicata, il reclamo inoltrato non sia stato adeguatamente risolto o non si riceva risposta entro 45 giorni, il caso potrà essere portato all'attenzione di una delle organizzazioni indicate di seguito:

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

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

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

##### Financial Ombudsman Service (FOS)

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

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

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

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

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

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

- avere un'età compresa fra 18 e 69 anni (inclusi) alla Data di inizio; e
- essere residenti in Italia.

La polizza prevede copertura dopo il raggiungimento dei 69 anni di età, qualora Lei e il Suo Partner abbiate un'età compresa tra i 18 e i 69 anni (inclusi) alla Data di inizio.

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

##### **Inizio della copertura**

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

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

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

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

##### **Pagamento del Premio**

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Cessazione della copertura**

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

- alla Sua morte;
- in caso di mancato pagamento del Premio mensile alla data di scadenza;
- in caso di recesso dalla Polizza da parte Sua;
- in caso di recesso dalla Polizza da parte Nostra; o
- nel caso in cui Lei cessi di essere Residente in Italia.

Se la Polizza prevede copertura del Suo Partner e/o di un Figlio assicurato, il Partner o il Figlio assicurato cesseranno di essere coperti dalla Polizza qualora non rispondano più alla descrizione riportata nella sezione Glossario.

#### **C. OGGETTO DELLA COPERTURA**

##### ***Prestazione giornaliera per il ricovero ospedaliero in Italia***

Le corrisponderemo la *Prestazione giornaliera per ricovero ospedaliero in Italia* indicata nell'Allegato per ogni Giorno di ricovero di un Adulto assicurato o Figlio assicurato ricoverati in Italia come diretta conseguenza di un Incidente verificatosi in Italia o in un Territorio Al Di Fuori Del Paese.

##### ***Prestazione giornaliera per il ricovero ospedaliero in Territorio Al Di Fuori Del Paese***

Le corrisponderemo la *Prestazione giornaliera per ricovero ospedaliero in Territorio Al Di Fuori Del Paese* indicata nell'Allegato per ogni giorno di ricovero di un Adulto assicurato o Figlio assicurato ricoverati in un Territorio Al Di Fuori Del Paese come diretta conseguenza di un Incidente verificatosi in un Territorio Al Di Fuori Del Paese.

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

##### **Prestazioni**

Il livello delle prestazioni da applicarsi è quello in vigore alla data dell'Incidente.

##### **Riduzione delle Prestazioni**

Le Prestazioni saranno ridotte del 50% quando un Adulto assicurato raggiungerà l'età di ottanta (80) anni.

##### **Ricovero Ospedaliero**

Il ricovero deve essere prescritto da un medico e durare almeno un Giorno intero.

Potremmo avvalerci di organizzazioni o altre associazioni mediche professionali al fine di determinare se il ricovero sia stato:

- necessario dal punto di vista medico; e
- in conformità agli standard di cura riconosciuti professionalmente in relazione alla qualità, frequenza e durata.

L'Adulto assicurato o il Figlio assicurato devono ricevere in ospedale il Trattamento Necessario sotto la cura professionale di un Medico.

- Il Medico deve prestare il Trattamento Necessario nell'ambito della loro licenza;
- Il Medico deve essere una persona diversa da Lei e dal Suo Partner, nonché dal genitore, figlio/figlia, fratello o sorella Suoi o del Suo Partner.

Limiti ricorrenti – periodi di ricovero aggiuntivi per la stessa Lesione personale direttamente derivanti dall'Infortunio iniziale devono avvenire entro 90 giorni dal termine dell'ultimo ricovero. Il livello di Prestazione indicato nell'Allegato sarà quello applicato alla Data del Sinistro iniziale.

##### **Nel caso di i. *Prestazione giornaliera per ricovero ospedaliero in Italia***

- L'Adulto assicurato o il Figlio assicurato devono essere ricoverati in Italia entro 90 giorni dall'Infortunio verificatosi in Italia o in un Territorio al di fuori del Paese;

- Le Prestazioni saranno versate a partire dal primo giorno di ricovero ospedaliero per un periodo massimo di 365 giorni di ricovero per Infortunio.

**Nel caso di ii. Prestazione giornaliera per ricovero in Territorio al di fuori del Paese**

- L'Adulto assicurato o il Figlio assicurato devono essere ricoverati in un Territorio Al Di Fuori Del Paese entro 30 giorni dall'Infortunio avvenuto in un Territorio Al Di Fuori Del Paese;
- Le Prestazioni saranno versate a partire dal primo giorno di ricovero ospedaliero per un periodo massimo di 30 giorni di ricovero per Infortunio.

**Condizioni Preesistenti**

La Prestazione verrà da Noi riconosciuta unicamente in caso di ricovero ospedaliero quale conseguenza diretta dell'Infortunio. Le condizioni preesistenti saranno prese in considerazione nel calcolo dell'importo dovuto nel caso in cui tali condizioni preesistenti aumentino il periodo di ricovero ospedaliero dell'Adulto assicurato o del Figlio assicurato.

Una valutazione medica sarà convertita in percentuale e applicata alla Prestazione dovuta in virtù della Polizza. Se la percentuale calcolata risulterà inferiore al 25%, provvederemo al pagamento della Prestazione integrale.

Ci rivolgeremo al Suo Medico per ottenere la suddetta valutazione. Nel caso in cui il Suo Medico non sia in grado o non sia disposto a fornire questa valutazione, questa sarà affidata ad un Medico indipendente.

**E. ESCLUSIONI DELLA COPERTURA – ESCLUSIONI**

La Prestazione non sarà erogata laddove il ricovero sia:

- effettuato presso un istituto o parte di esso che operi principalmente come o per:
  - trattamenti di benessere, trattamenti di recupero o come casa di cura;
  - casa di cura, di riposo o struttura di accoglienza; o
  - struttura con funzione principale di custodia di cure psichiatriche, palliative, educative o riabilitative; o
  - struttura per anziani.
- per cure e trattamenti ambulatoriali, incluse la chirurgia o l'osservazione ambulatoriale ricevuta in Ospedale;
- per operazioni, trattamenti o servizi che non sono riconosciuti come validi da associazioni mediche italiane;
- per operazioni, trattamenti o servizi di natura sperimentale;
- per trattamenti riabilitativi al fine di riportare l'Adulto assicurato o il Figlio assicurato alla loro piena facoltà fisica o mentale;
- dovuto a malattie, patologie o infezioni, e il trattamento medico equivalente, a meno che non siano direttamente causate da un Infortunio;
- dovuto a condizione riconducibile a cause naturali, processo degenerativo o disturbo medico o mentale;
- cagionato da suicidio o lesioni auto procurate, ovvero da atti od omissioni volontari o incauti presumibilmente in grado di provocare lesioni gravi o decesso, in condizioni di sanità mentale o meno;
- dovuto al fatto di essere sotto l'influenza di droghe o farmaci o di subirne gli effetti, salvo che l'assunzione di tali farmaci sia avvenuta nel rispetto delle istruzioni della casa farmaceutica o in conformità a quanto prescritto da un medico abilitato;
- dovuto alla guida o al controllo di un veicolo mentre si era sotto l'influenza, o sotto l'effetto di alcol, e/o con livelli di alcol nel sangue o nelle urine superiori a quelli consentiti nel Paese in cui si sia verificato il Sinistro;
- conseguenza della partecipazione, concorso o complicità in un atto illecito ai sensi delle leggi vigenti nel territorio in cui si verifica il Sinistro;
- conseguenza di guerra (dichiarata e non), invasione, intervento militare o disordine civile, o si verifichi nel corso di servizio attivo, esercitazioni od operazioni delle forze armate;
- conseguenza di cure mediche o chirurgiche, salvo che tale trattamento si sia reso necessario in seguito a un Sinistro;
- conseguenza di atti derivanti dal mancato rispetto del parere medico;
- avvenuto in qualsiasi Paese al di fuori dell'Italia o non indicato come Territorio Al Di Fuori Del Paese.

## **F. COME DENUNCIARE UN SINISTRO**

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

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

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

Una volta che Noi accetteremo di pagare la Prestazione, questa verrà erogata tempestivamente all'Intestatario della Polizza o ad il Suo legittimo rappresentante. Le liquidazioni delle Prestazioni non prevedono il pagamento di interessi a Nostro carico.

## **G. DISPOSIZIONI GENERALI**

### **1. Revisione delle Condizioni della Polizza**

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

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

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

### **2. Informazioni errate e non comunicate**

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

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

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

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

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

### **3. Modifiche del nominativo o Suo indirizzo**

Lei dovrà informarci circa ogni cambiamento relativo al Suo indirizzo e/o nominativo. Noi continueremo a comunicare con Lei e ad inviarLe comunicazioni in merito alla Sua Polizza all'ultimo indirizzo e nominativo

noti a noi. Presumeremo che le comunicazioni e/o notifiche relative alla Sua Polizza inviate all'ultimo indirizzo noto siano state da Lei ricevute.

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

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

In caso in cui Lei abbia più di un Piano Protezione Infortuni con Noi, verrà erogata l'integrale Prestazione dovuta in conformità di tutti i Piani Protezione Infortuni stipulati, a condizione che siano in vigore e che i Premi dovuti siano stati versati. Tuttavia, a Lei non è consentito richiedere a Noi un Nuovo Piano Protezione Infortuni.

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

Lei non è tenuto ad informarci in relazione ad ogni circostanza che comporti un aumento o una riduzione del rischio, ad esempio se il Suo partner o il Figlio assicurato non rispettano più i criteri di eleggibilità indicati nel Glossario.

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

Il nostro diritto di agire contro terzi potenzialmente responsabili dei Sinistri non pregiudica il pagamento delle Prestazioni.

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

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

#### **8. Valuta**

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

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

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

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

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

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

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

Noi siamo coperti dal programma di indennizzo per i servizi finanziari del Regno Unito (Financial Services Compensation Scheme – FSCS) e pertanto, nel caso in cui Noi non fossimo in grado di soddisfare i Nostri obblighi nei Suoi confronti, Lei potrà ricorrere al programma. Ciò dipenderà dal tipo di attività svolta e dalle circostanze del sinistro. Ulteriori informazioni sugli accordi di indennizzo sono reperibili all'indirizzo [www.fscs.org.uk](http://www.fscs.org.uk), o al numero telefonico +44 (0) 20 7741 4100.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ha il diritto di:

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

sporgere un reclamo

### **Rappresentanti Unione Europea ("UE")**

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

Dettagli contatto:

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

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

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

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

## **Autorità locale per la Protezione dei Dati**

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

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