

ASSICURAZIONE DANNI

Documento informativo sul prodotto assicurativo

AREAS DOMMAGES, società di mutua assicurazione registrata in Francia

Sede legale: 46/49 rue de Miromesnil 75008 PARIGI - RCS Paris D 775 670 466 - Soggetta al Codice delle Assicurazioni

Prodotto: MON ASSURANCE SKI n. 1049405

Il presente documento informativo fornisce una sintesi delle principali garanzie ed esclusioni del prodotto. Non tiene conto delle vostre esigenze e richieste specifiche. Le informazioni complete su questo prodotto sono contenute nella documentazione precontrattuale e contrattuale.

Di che tipo di assicurazione si tratta?

Lo scopo della polizza assicurativa Mon Assurance Ski è quello di fornire una copertura alle persone fisiche durante le loro attività sciistiche.



Che cosa è assicurato ?

Le prestazioni vengono erogate agli assicurati nei limiti della Tabella delle coperture.

- ✓ **Spese di ricerca e soccorso** (anche fuori pista):
 - Copertura dei costi di ricerca e soccorso (compresi i fuoripista accessibili dagli impianti di risalita).
 - Copertura dei costi di trasporto primario e secondario consecutivi.
- ✓ **Spese mediche:** rimborso delle spese mediche a seguito di un incidente in aggiunta agli organismi di assicurazione sanitaria.
- ✓ **Cancellazione/Interruzione:** rimborso dei giorni del pacchetto, delle lezioni e del noleggio di attrezzature non utilizzati in seguito a un evento coperto dalla polizza.
- ✓ **Rottura delle attrezzature:** copertura dei costi di noleggio delle attrezzature in caso di rottura di quelle personali o noleggiate.

La copertura viene fornita in base al pacchetto acquistato:

- ✓ **Pacchetto 1 giorno:**
 - Spese di ricerca e soccorso
 - Spese mediche
- ✓ **Pacchetto soggiorno (da 2 a 21 giorni):**
 - Spese di ricerca
 - Spese mediche
 - Cancellazione/Interruzione di pacchetti, lezioni e noleggio di attrezzature
 - Rottura dell'attrezzatura
- ✓ **Pacchetto stagionale:**
 - Spese di ricerca
 - Spese mediche
 - Cancellazione/Interruzione del pacchetto
 - Rottura dell'attrezzatura



Che cosa non è assicurato?

- ✗ In caso di interruzione, i costi (pacchetti, lezioni e noleggio di attrezzature) corrispondenti al giorno in cui si verifica l'incidente, indipendentemente dall'ora in cui si verifica.
- ✗ Incidente derivante dalla pratica sportiva da parte dell'assicurato nell'ambito di una competizione ufficiale.
- ✗ Incidente causato dalla pratica dei seguenti sport: sport aerei, bob, skeleton, arrampicata su roccia, hockey su ghiaccio, immersioni subacquee.
- ✗ Spese mediche sostenute all'estero e dopo la data di validità del pacchetto (entro il limite di un mese per i pacchetti stagionali).
- ✗ Furto di attrezzature a noleggio o personali.



Ci sono limiti di copertura?

SONO NELLA FATTISPECIE ESCLUSI DAL CONTRATTO:

- ! Atti intenzionali, dolo.
- ! Consumo di droghe, di tutte le sostanze stupefacenti menzionate nel Codice francese della Sanità Pubblica, di medicinali e trattamenti non prescritti da un medico.
- ! Incidenti stradali causati dall'assicurato nel caso in cui quest'ultimo sia sotto l'effetto dell'alcol, caratterizzati dalla presenza nel sangue di un livello di alcol superiore a quello massimo consentito dalla normativa vigente nel Paese in cui si è verificato l'incidente.
- ! Inosservanza consapevole da parte dell'assicurato delle leggi e delle normative in vigore nello Stato del luogo di soggiorno.
- ! Infortunio o decesso dovuti a un'epidemia o pandemia riconosciuta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) o da altre autorità competenti nel Paese di residenza principale o in qualsiasi Paese che l'Assicurato intende visitare o attraversare, e che abbia origine da un agente patogeno sconosciuto alla data di adesione.
- ! Quarantena, chiusura delle frontiere e/o restrizioni individuali o collettive degli spostamenti imposte da un'autorità competente

RESTRIZIONI PRINCIPALI:

Franchigia di 50 € per pratica detratta dal risarcimento dovuto per le coperture : Spese mediche, Cancellazione del pacchetto e di lezioni di sci, Noleggio e Rottura dell'attrezzatura da sci.



Dove vale la copertura?

- ✓ Le coperture producono i loro effetti per i Sinistri che si verificano nella Francia metropolitana e nei Paesi confinanti con i quali il Contraente condivide lo stesso Comprensorio sciistico.



Che obblighi ho ?

Per non incorrere nella nullità del contratto di assicurazione o nella decadenza della copertura:

All'atto dell'adesione:

- Rispondere esattamente alle domande poste dall'assicuratore
- Fornire tutti i documenti giustificativi richiesti dall'assicuratore
- Pagare il contributo dovuto in base al contratto.

Durante il contratto:

- Dichiarare a mezzo lettera raccomandata entro 15 giorni dal momento in cui si è venuti a conoscenza di nuove circostanze che comportano l'aggravamento dei rischi coperti o la creazione di nuovi rischi (ad esempio, il cambio di residenza).

In caso di sinistro:

- Dichiarare qualsivoglia sinistro che possa coinvolgere una delle coperture del contratto entro le condizioni e i termini stabiliti e allegare tutti i documenti utili alla sua valutazione.
- Comunicare eventuali coperture sottoscritte per gli stessi rischi, in toto o in parte, presso altri assicuratori, nonché eventuali rimborsi ricevuti in caso di sinistro.
- Dichiarare il sinistro non appena se ne viene a conoscenza e comunque entro e non oltre 2 giorni lavorativi in caso di furto o 5 giorni lavorativi per qualsiasi altro evento (in caso di calamità naturale o tecnologica, il termine è esteso a 10 giorni dalla pubblicazione del decreto ministeriale che registra tale stato).



Quando e come devo pagare?

La quota deve essere pagata in anticipo al momento dell'adesione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'adesione ha effetto dalla data di acquisto del Pacchetto fino al termine del periodo di validità indicato sul Pacchetto, e al massimo fino all'ultimo giorno di apertura della stazione sciistica.



Come posso disdire la polizza?

L'impegno è valido e definitivo, senza possibilità di recesso. Tuttavia, solo per i pacchetti stagionali, ai sensi dell'articolo L. 112-10 del Codice delle assicurazioni francese, l'assicurato può rinunciare ai benefici dell'adesione comunicandolo all'assicuratore (se l'adesione è stata stipulata più di 30 giorni prima della data di inizio del pacchetto) entro 30 giorni dalla data effettiva di adesione.

MON ASSURANCE SKI

CONTRATTO N. 1049405-4226**NOTA INFORMATIVA****ARTICOLO 1. INFORMAZIONI LEGALI**

Contraente:	S.A. GRAND MASSIF DOMAINES SKIABLES – GMDS Società anonima con capitale di 6.697.620 euro, RCS Annecy: 602 056 012, N. Partita Iva intracomunitaria: FR 15 602 056 012, Téléphérique de Flaine – Les Grandes Platières 74 300 FLAINE – F, Telefono: +33 04 50 90 40 00
Assicuratore:	AREAS DOMMAGES Società di mutua assicurazione iscritta al Registro del Commercio e delle Imprese di Parigi con il numero D 775 670 466, avente sede legale al civico 47/49 di rue de Miromesnil 75008 PARIGI
Intermediario:	MARSH S.A.S Società per azioni semplificata con capitale di 5.917.915 euro – Broker assicurativo iscritto al numero 572 174 415 presso il Registro del Commercio e delle Imprese di Nanterre, con sede legale in Tour Ariane, 5 place des Pyramides 92800 Puteaux – N°ORIAS 07.001.037 (www.orias.fr) e partita IVA intracomunitaria FR 05 572 174 415 - Numero SIRET 572 174 415 00255

La distribuzione viene effettuata dal Contraente in qualità di intermediario assicurativo del Broker. Il Contraente e il Broker sono retribuiti sotto forma di commissioni sui premi assicurativi, escluse le imposte e/o le commissioni di gestione e/o dei compensi. Il Contraente e il Broker non hanno diritto di voto, non detengono azioni o partecipazioni in nessuna compagnia di assicurazione. Nessuna compagnia di assicurazione detiene azioni, quote o diritti di voto nel Contraente e nel Broker.

ARTICOLO 2. DEFINIZIONI

Incidente: Lesione fisica non intenzionale derivante dall'azione improvvisa di una causa esterna.

Infortunio sanitario: qualsiasi alterazione dello stato di salute o lesione fisica che impedisca all'interessato di sciare o lasciare il Domicilio, il luogo di soggiorno o l'ospedale in cui la persona interessata è ricoverata.

Aderente: la persona che acquista l'assicurazione.

Assicurato: il titolare del Pacchetto.

Contratto: Il presente contratto di assicurazione collettiva facoltativa.

Comprensorio sciistico: area montana in cui è possibile praticare lo sci e altre attività sportive, su neve o meno, durante la stagione invernale, comprese le piste segnalate e i fuoripista locali, ovvero accessibili con gli impianti di risalita e che gravano nel Comprensorio sciistico ai sensi della legge francese n. 2016-1888 del 28 dicembre 2016, nota come legge Montagna.

Domicilio: luogo di residenza abituale.

Pacchetto: Il Pacchetto per lo skipass acquistato dal Contraente. Esistono tre tipologie di Pacchetto:

- Pacchetto giornaliero: valido per un solo giorno.
- Pacchetto soggiorno: durata massima di 21 giorni.
- Pacchetto stagionale: valido per l'intera stagione, compresi i periodi di pre-apertura e di estensione.

Franchigia: L'importo che rimane a carico dell'Assicurato in caso di Sinistro.

Sinistro: Evento di natura aleatoria che determina l'attivazione della copertura del presente contratto. Se le cause del sinistro sono più di una, sarà tenuta in considerazione soltanto la prima delle cause prodotte o invocate dall'Assicurato.

ARTICOLO 3. TABELLA DELLE COPERTURE

	Pacchetto 1 giorno:	Pacchetto soggiorno	Pacchetto stagionale	Limite	Franchigia
Spese di ricerca e soccorso					Nessuna
- Spese di ricerca	✓	✓	✓		
o <i>Francia</i>				Costi effettivi	
o <i>Fuori dalla Francia</i>				Max: 15.249 €	
- Trasporto primario	✓	✓	✓	Max: 400 €	
- Trasporti secondari	✓	✓	✓	Max: 400 €	
Spese mediche	✓	✓	✓	Max: 3.500 €	50 €
Giorni non utilizzati (skipass e lezioni di sci) a causa di :				Max: 500 €	50 € in caso di cancellazione / Nessuno se le attività vengono interrotte durante il soggiorno*.
Cancellazione e Interruzione:					
- Infortunio sanitario e morte					
o <i>Dell'Assicurato</i>	✗	✓	✓		
o <i>Della persona incaricata di sostituire professionalmente l'Assicurato</i>	✗	✓	✗		
o <i>Della persona responsabile della cura dei figli minorenni o disabili dell'Assicurato</i>	✗	✓	✗		
- Incendio, esplosione, danni da acqua, eventi naturali	✗	✓	✗		
- Impossibilità di arrivare alla stazione sciistica	✗	✓	✗		
Cancellazione:					
- Gravidanza	✗	✓	✗		
- Licenziamento	✗	✓	✗		
- Trasferimento professionale	✗	✓	✗		
- Ottenimento di un impegno	✗	✓	✗		
- Soppressione o modifica del congedo	✗	✓	✗		
- Convocazione ufficiale	✗	✓	✗		
Estensione Noleggio di attrezzature	✗	✓	✗	Max: 250 €	
Rottura dell'attrezzatura	✗	✓	✓	Max: 250 €	

* **IMPORTANTE:** Ogni giornata iniziata non darà luogo ad alcun risarcimento, indipendentemente dall'evento causale o dall'ora in cui si è verificato.

Legenda:	
✓	= applicabile
✗	= non applicabile

ARTICOLO 4. TERRITORIALITÀ

Le coperture producono i loro effetti per i Sinistri che si verificano in Francia metropolitana, salvo clausola contraria di cui oltre.

ARTICOLO 5. PERIODO DI COPERTURA

Ad eccezione dell'opzione Cancellazione, le coperture sono valide per l'intero periodo di validità del Pacchetto, entro il limite di una durata massima di:

- 1 giorno per un Pacchetto Giornaliero,
- 21 giorni per un Pacchetto della durata superiore a 1 giorno,
- dalla data di apertura della stazione sciistica fino all'ultimo giorno di apertura della stazione stessa per il Pacchetto stagionale.

ARTICOLO 6. LE COPERTURE

La copertura dei Sinistri è subordinata alle esclusioni, ai limiti di copertura e al rispetto delle scadenze e delle formalità di denuncia previste dal Contratto.

6.1. Spese di ricerca e soccorso

La copertura è acquisita dall'Assicurato in caso di Infortunio di salute avvenuto praticando lo sci o altre attività sportive, di scivolamento o meno, nel Comprensorio sciistico del Contraente.

Per i Pacchetti stagionali, la copertura è estesa ai paesi limitrofi con cui la Francia metropolitana condivide lo stesso Comprensorio sciistico, fino a un limite dei 3 giorni per la formula "Scoperta".

6.1.1. Spese di ricerca e soccorso in montagna

La Compagnia assicurativa si fa carico delle spese di ricerca e soccorso in montagna fino all'**importo indicato nella Tabella delle coperture**.

Sono rimborsabili soltanto le spese fatturate da una società opportunamente autorizzata per tali attività e incaricata dalle autorità locali.

Per poter usufruire della copertura, oltre ai documenti richiesti nell'articolo "Dichiarazione di sinistro", è necessario inviare i seguenti documenti:

- Fatture degli organismi che si occupano di soccorso.

6.1.2. Costi di trasporto primario

La Compagnia assicurativa prende a carico, **fino all'importo indicato nella Tabella delle coperture**, le spese per il trasporto primario dell'Assicurato, ovvero il trasferimento dal luogo dell'Incidente al più vicino centro medico in grado di fornire un primo soccorso, e il ritorno al luogo di soggiorno dell'Assicurato il giorno dell'Incidente.

La copertura è estesa al caso di evacuazione diretta dal luogo dell'Incidente a un centro medico esterno alla stazione sciistica, soltanto in caso di emergenza o necessità medica.

Per poter usufruire della copertura, oltre ai documenti richiesti nell'articolo "Dichiarazione di sinistro", è necessario inviare i seguenti documenti:

- Il buono per il soccorso su pista.
- Le fatture degli organismi che si occupano di soccorso e di trasporto.

6.1.3. Costi di trasporto secondario

La Compagnia assicurativa prende a carico, **fino all'importo indicato nella Tabella delle coperture**, le spese per il trasporto dalla stazione sciistica e/o da un ospedale al centro medico più idoneo e le spese per il ritorno al luogo di soggiorno dell'Assicurato il giorno dell'Incidente.

Per poter usufruire della copertura, oltre ai documenti richiesti nell'articolo "Dichiarazione di sinistro", è necessario inviare i seguenti documenti:

- La fattura del trasportatore.

OLTRE ALLE ESCLUSIONI GENERALI, SONO ESCLUSI:

- I COSTI DI APERTURA DEL DOSSIER

6.2. Spese mediche

Nel caso in cui l'Assicurato sia vittima di un incidente che si verifichi nel Comprensorio sciistico del Contraente, la Compagnia assicurativa pagherà, **fino all'importo indicato nella Tabella delle coperture**, le spese mediche (comprese quelle farmaceutiche, di trasporto, chirurgiche e di ricovero) che rimangono a suo carico **dopo** la presa in carico e l'eventuale rimborso da parte del sistema sanitario di appartenenza dell'Assicurato, nonché da parte di eventuali assicurazioni complementari di cui beneficia.

Si precisa che, in caso di mancato intervento del regime di previdenza sociale dell'Assicurato, la Compagnia assicurativa non risarcirà le spese sostenute, fatta eccezione per gli Assicurati stranieri.

Prima di qualsiasi richiesta di rimborso, l'Assicurato deve quindi intraprendere tutte le azioni necessarie per recuperare le proprie spese dalle organizzazioni interessate.

Sono rimborsabili soltanto le spese sostenute durante il periodo di validità del Pacchetto assicurato o per un periodo massimo di un mese dall'Incidente per il Pacchetto stagionale.

Per poter usufruire della copertura, oltre ai documenti richiesti nell'articolo "Dichiarazione di sinistro", è necessario inviare i seguenti documenti:

- Certificato medico dettagliato rilasciato dal medico consultato in loco durante il soggiorno.
- Fotocopie delle indicazioni di cura e/o delle prescrizioni scritte dal medico consultato in loco durante il soggiorno.
- Dichiarazioni originali degli enti previdenziali e/o assistenziali e delle assicurazioni complementari a giustificativo dei rimborsi ottenuti.

OLTRE ALLE ESCLUSIONI GENERALI, SONO ESCLUSI:

- **LE SPESE MEDICHE SOSTENUTE ALL'ESTERO, TRANNE NEI PAESI CONFINANTI CON I QUALI IL CONTRAENTE CONDIVIDE IL COMPENSORIO SCIISTICO.**
- **LE SPESE MEDICHE SOSTENUTE DOPO LA FINE DELLA VALIDITÀ DEL PACCHETTO E, PER I PACCHETTI STAGIONALI, 30 GIORNI DOPO LA DATA DELL'INCIDENTE.**
- **LE FRANCHIGIE FORFETTARIE TRATTENUTE DAGLI ENTI PREVIDENZIALI.**

6.3. Interruzione: rimborso dei giorni non utilizzati di skipass e lezioni di sci

Se si verifica uno dei seguenti eventi che obbliga l'Assicurato a interrompere o sospendere la pratica dello sci e di altre attività sulla neve, la Compagnia assicurativa pagherà, **fino all'importo indicato nella Tabella delle coperture**, il prezzo del Pacchetto *pro rata temporis* dei servizi non utilizzati, escluso il premio assicurativo, che l'Assicurato ha pagato per le seguenti prestazioni:

- Pacchetto soggiorno: il Pacchetto e le lezioni di sci,
- Pacchetto stagionale: il Pacchetto unicamente

Ogni giornata iniziata non darà luogo ad alcun risarcimento, indipendentemente dall'evento causale o dall'ora in cui si è verificato.

6.3.1. Infortunio di salute e decesso

La copertura viene acquisita in caso di Infortunio di salute e decesso:

- dell'Assicurato, del coniuge o del convivente, dei loro ascendenti o discendenti, dei fratelli e delle sorelle o dei generi e delle nuore.
- della persona incaricata di:
 - o occuparsi dei minori o degli adulti disabili di cui l'Assicurato è tutore legale durante le date di validità del Pacchetto,
 - o sostituire l'Assicurato sul posto di lavoro durante le date di validità del Pacchetto.

Per poter usufruire della copertura, oltre ai documenti richiesti nell'articolo "Dichiarazione di sinistro", è necessario inviare i seguenti documenti:

- Il certificato medico che vieta di praticare lo sci o di lasciare il Domicilio o il luogo di soggiorno o l'ospedale. La data del certificato medico è determinante;
- Il test positivo in caso di contaminazione da Covid-19;
- Se l'interessato non è l'Assicurato: una dichiarazione dettagliata che spieghi i motivi per cui l'Assicurato ha dovuto interrompere o sospendere l'utilizzo del suo Pacchetto;
- o il certificato di morte.
- In caso di infortunio sanitario al terzo responsabile della custodia dei figli e della sostituzione sul posto di lavoro: ogni documento giustificativo che attesti la non disponibilità della persona interessata et l'accordo di sostituzione.

OLTRE ALLE ESCLUSIONI GENERALI, SONO ESCLUSI:

- **GLI INFORTUNI CHE SI SIANO VERIFICATI O CHE ABBIANO DATO LUOGO A UN INTERVENTO CHIRURGICO, A UNA RIABILITAZIONE, A UN ESAME SUPPLEMENTARE O A UN CAMBIAMENTO DI TRATTAMENTO NEI TRENTA (30) GIORNI PRECEDENTI L'ADESIONE,**
- **MALATTIA DIAGNOSTICATA PRIMA DELL'ADESIONE, AD ECCEZIONE PER GLI EX MALATI DI CANCRO:**
 - o QUANDO È STATA DIAGNOSTICATA PRIMA DEI 18 ANNI E IL PROTOCOLLO DI TRATTAMENTO È STATO COMPLETATO PER 5 ANNI SENZA RICADUTE,
 - o QUANDO È STATA DIAGNOSTICATA DOPO I 18 ANNI E IL PROTOCOLLO DI TRATTAMENTO È STATO COMPLETATO PER 10 ANNI SENZA RICADUTE,
- **I TRATTAMENTI ESTETICI (SALVO IN CASO DI INCIDENTE SANITARIO), PSICHICI O PSICHIATRICI, COMPRESA LA DEPRESSIONE NERVOSA, SALVO IN CASO DI RICOVERO OSPEDALIERO DI ALMENO 3 GIORNI,**
- **LO STATO DI GRAVIDANZA, A ECCEZIONE DI EVENTUALI COMPLICAZIONI DOVUTE A TALE STATO, AD ABORTO, PARTO E RELATIVE CONSEGUENZE, ENTRO UN MESE DALL'ADESIONE.**
- **L'ESECUZIONE DI UNA CURA TERMALE**
- **LA PROCREAZIONE MEDICALMENTE ASSISTITA O ALL'INTERRUZIONE VOLONTARIA DELLA GRAVIDANZA, LE LORO CONSEGUENZE E I COSTI CHE NE DERIVANO.**
- **LA PROCREAZIONE O ALLA MATERNITÀ SURROGATA, LE LORO CONSEGUENZE E I COSTI CHE NE DERIVANO.**

6.3.2. Incendio, esplosione, danni da acqua o eventi naturali

La copertura è garantita in caso di incendio, esplosione, furto, danno da acqua o evento naturale avvenuto al Domicilio dell'Assicurato, alla sua residenza secondaria o all'attività da lui gestita, nelle 48 ore che precedono la sua partenza o durante le date di validità del Pacchetto, a condizione che più del 50% di detti locali sia distrutto e che l'evento richieda la sua presenza sul luogo del Sinistro per effettuare gli atti conservatori necessari.

Per poter usufruire della copertura, oltre ai documenti richiesti nell'articolo "Dichiarazione di sinistro", è necessario inviare i seguenti documenti:

- La prova del danno e della necessità della presenza dell'Assicurato.

QUESTA COPERTURA NON È INTERESSATA DALL'ESCLUSIONE GENERALE N. 13.

6.3.3. Impossibilità di accedere alla stazione sciistica

La copertura è acquisita nel caso in cui l'Assicurato sia impossibilitato a recarsi alla stazione sciistica tramite strada, ferrovia o aereo, nel giorno di inizio del Pacchetto e nei 5 giorni successivi: a seguito di blocchi stradali, scioperi, alluvioni o eventi naturali che impediscano la circolazione, certificato dal Sindaco del comune in cui deve essere effettuato il Pacchetto, di un incidente stradale che coinvolga l'Assicurato, o del furto del veicolo dell'Assicurato nel mese precedente il primo giorno di validità del Pacchetto.

Per poter usufruire della copertura, oltre ai documenti richiesti nell'articolo "Dichiarazione di sinistro", è necessario inviare i seguenti documenti:

- Qualsivoglia documento giustificativo che attesti l'impossibilità di accedere alla stazione sciistica.

6.4. Noleggio di attrezzature

La Compagnia assicurativa pagherà, **fino all'importo indicato nella Tabella delle coperture**, il costo del noleggio di attrezzature pagato dall'Assicurato, per suo conto, previsto durante il periodo di validità del Pacchetto assicurato, in caso di Sinistro coperto dall'articolo "Pacchetto".

Per poter usufruire della copertura, oltre ai documenti richiesti nell'articolo "Dichiarazione di sinistro", è necessario inviare i seguenti documenti:

- La fattura relativa al noleggio dell'attrezzatura.

6.5. Opzione Cancellazione

I rimborsi per i giorni del Pacchetto non utilizzati, le lezioni di sci e il noleggio di attrezzature sono estesi a, **alle stesse condizioni di copertura**, al periodo che va dalla data di adesione fino alla data di inizio della sua validità, **e per l'importo indicato nella Tabella delle coperture**.

Oltre agli eventi coperti in caso di interruzione, sono coperti anche i seguenti eventi in caso di annullamento, a condizione che la data dell'evento cada tra la data di stipula dell'assicurazione e la data di validità del Pacchetto:

6.5.1. In caso di gravidanza

La copertura viene acquisita quando l'Assicurata viene a conoscenza di una gravidanza e un medico dichiara il suo stato di salute incompatibile con la pratica dello sci e di altre attività sportive, sulla neve o meno, durante il periodo di validità del Pacchetto.

6.5.2. Motivo professionale

La copertura viene acquisita in caso di:

- licenziamento o risoluzione del contratto dell'Assicurato.
- trasferimento professionale per causa non disciplinare, imposto dal datore di lavoro, che obbliga l'Assicurato a trasferirsi durante le date di validità del Pacchetto. Questa copertura è disponibile solo per i lavoratori dipendenti.
- soppressione o modifica delle ferie dell'Assicurato, imposta dal suo datore di lavoro, anche se concessa dal datore di lavoro alla data di adesione.
- ottenimento di un posto di lavoro dipendente, di un incarico per prestazioni di una durata di almeno tre mesi quando l'Assicurato era iscritto all'Ufficio di Collocamento francese alla data di prenotazione del Pacchetto e l'offerta di lavoro è stata fatta dopo tale data, purché non si tratti di una proroga o di un rinnovo del contratto o di una modifica del tipo di contratto di lavoro.

Per poter usufruire della copertura, oltre ai documenti richiesti nell'articolo "Dichiarazione di sinistro", è necessario inviare i seguenti documenti:

- la lettera di licenziamento;
- o la lettera di trasferimento;
- o la convalida preventiva del congedo e la lettera di soppressione o modifica del congedo;
- o la promessa di assunzione e qualsiasi prova di iscrizione all'Ufficio di Collocamento.

OLTRE ALLE ESCLUSIONI GENERALI, SONO ESCLUSI:

- **I LICENZIAMENTI PER COLPA GRAVE.**

6.5.3. Divorzio o separazione

La copertura è acquisita a seguito di divorzio o separazione registrati presso la cancelleria del tribunale.

Per poter usufruire della copertura, oltre ai documenti richiesti nell'articolo "Dichiarazione di sinistro", è necessario inviare i seguenti documenti:

- Qualsiasi documento giustificativo che attesti il divorzio o la separazione.

6.5.4. Convocazione ufficiale

La copertura si applica se l'Assicurato è convocato a una riunione non rinviabile che richiede la sua presenza per uno dei seguenti motivi:

- citazione o convocazione a comparire davanti a un tribunale come giurato, testimone o esperto,
- convocazione in vista dell'adozione di un bambino,
- un appuntamento per un esame medico o un trapianto di organi,
- convocazione per un esame di recupero nell'ambito dell'istruzione superiore.

Per poter usufruire della copertura, oltre ai documenti richiesti nell'articolo "Dichiarazione di sinistro", è necessario inviare i seguenti documenti:

- La copia della convocazione e ogni documento giustificativo che ne attesti il carattere di obbligatorietà.

6.6. Rottura dell'attrezzatura sportiva

In caso di rottura accidentale dell'attrezzatura sportiva personale dell'Assicurato o di quella da lui noleggiata, la Compagnia assicurativa pagherà, **fino all'importo indicato nella Tabella delle coperture**, le spese di noleggio di un'attrezzatura sostitutiva identica.

Per poter usufruire della copertura, oltre ai documenti richiesti nell'articolo "Dichiarazione di sinistro", è necessario inviare i seguenti documenti:

- per le attrezzature noleggiate: un documento giustificativo del locatore che attesti che l'attrezzatura danneggiata gli è stata presentata, la fattura di noleggio iniziale dell'attrezzatura danneggiata e la fattura di noleggio dell'attrezzatura sostitutiva.
- per le attrezzature personali: fattura di acquisto dell'attrezzatura e fattura di noleggio dell'attrezzatura sostitutiva.

OLTRE ALLE ESCLUSIONI GENERALI, SONO ESCLUSI:

- **IN CASO DI ROTTURA DELL'ATTEZZATURA NOLEGGIATA: LE SPESE FATTURATE DAL LOCATORE PER IL DANNO SUBITO.**
- **IN CASO DI ROTTURA DELL'ATTEZZATURA PERSONALE: LE SPESE DI SOSTITUZIONE DELLA STESSA.**

ARTICOLO 7. LIMITI DELLE COPERTURE

I limiti delle coperture sono indicati nella **Tabella delle coperture**.

ARTICOLO 8. IN CASO DI SINISTRO

8.1. Dichiarazione

Qualsivoglia Sinistro deve essere segnalato a MARSH entro cinque (5) giorni lavorativi dal momento in cui è avvenuto.

UNA DICHIARAZIONE DI SINISTRO TARDIVA PUÒ COMPORTARE LA PERDITA DELLA COPERTURA NEL CASO IN CUI CAUSI UN DANNO ALL'ASSICURATORE, A MENO CHE NON SI DIMOSTRI CHE IL RITARDO È DOVUTO A UN EVENTO FORTUITO O A UN CASO DI FORZA MAGGIORE.

La dichiarazione deve essere inviata ai seguenti recapiti:

- su internet: [Area Assicurato Scii \(monassuranceski.com\)](https://monassuranceski.com)
- per posta: Mon Assurance Ski – 1, rue du Languedoc CS 45001 91222 Brétigny sur Orge Cedex – F

8.2. Documenti giustificativi

Le richieste di presa in carico devono essere accompagnate da quanto segue:

- Una dichiarazione sull'onore relativa alle circostanze esatte e dettagliate del Sinistro (nella fattispecie data, ora e luogo del Sinistro).
- Una copia del documento d'identità dell'Assicurato.
- La copia del Pacchetto per lo skipass.
- La fattura dell'assicurazione.
- Se del caso, la fattura delle lezioni di sci.
- Per il Pacchetto stagionale completamente rimborsato, è necessario inviare l'originale del Pacchetto (che verrà restituito allo sciatore a fine stagione).
- Le coordinate bancarie dell'Assicurato.

Se l'Assicurato presenta una richiesta di risarcimento in seguito a un Infortunio sanitario o a una gravidanza, deve autorizzare l'accesso alle proprie informazioni mediche; in caso di mancata autorizzazione, non verrà fornita alcuna copertura.

Ci riserviamo il diritto di richiedere qualsivoglia documentazione aggiuntiva per valutare la validità della richiesta di risarcimento.

8.3. Perizia/Investigazione

Può essere nominato un perito o un investigatore per valutare le circostanze del Sinistro e l'ammontare del risarcimento assicurativo.

8.4. Pagamento del risarcimento assicurativo

Il risarcimento assicurativo viene corrisposto interamente entro dieci (10) giorni lavorativi dalla dichiarazione di un Sinistro, a condizione che siano soddisfatte le condizioni di copertura e fatta salva l'applicazione di un'esclusione o decadenza della copertura stessa.

ARTICOLO 9. MODALITÀ DI ADESIONE ALLA POLIZZA ASSICURATIVA

9.1. Formazione

L'adesione viene pattuita con il Contraente tramite vendita a distanza (per telefono o tramite internet, ecc.) o direttamente alla cassa, automatica o meno, presso la stazione sciistica.

9.2. Entrata in vigore e durata

L'adesione ha effetto dalla data di acquisto del Pacchetto fino al termine del periodo di validità, al più tardi fino all'ultimo giorno di apertura della stazione sciistica.

9.3. Recesso

Solo **per i pacchetti con durata superiore a un mese**, ai sensi dell'articolo L.112-2-1 del Codice delle assicurazioni francese, l'Assicurato può rinunciare ai benefici dell'adesione comunicandolo all'Assicuratore (se l'adesione è stata stipulata più di 30 giorni prima della data di inizio del pacchetto) entro 30 giorni dalla data effettiva di adesione.

9.3.1. Documento informativo per l'esercizio del diritto di rinuncia di cui all'articolo L. 112-10 del Codice delle assicurazioni francese

L'Assicurato ha il diritto di recedere dal presente contratto entro trenta giorni (di calendario) dalla sua conclusione, senza spese o penali. Tuttavia, se l'Assicurato beneficia di uno o più premi di assicurazione che gli sono offerti, in modo da non dover pagare un premio per uno o più mesi all'inizio del contratto, tale periodo decorre solo dal pagamento di tutto o parte del primo premio.

L'esercizio del diritto di recesso è soggetto alle seguenti quattro condizioni:

- 1° L'Assicurato ha stipulato questo contratto per scopi non commerciali;
- 2° Questo contratto completa l'acquisto di un bene o servizio venduto da un fornitore;
- 3° Il contratto che si intende annullare non è stato completamente eseguito;
- 4° L'Assicurato non ha denunciato alcun reclamo coperto dal presente contratto.

In questa situazione, l'Assicurato può esercitare il diritto di recesso inviando una lettera o qualsiasi altro supporto durevole all'assicuratore del contratto. L'assicuratore è tenuto a rimborsare il premio pagato entro trenta giorni dal recesso.

Inoltre, per evitare un cumulo delle coperture assicurative, l'Assicurato deve verificare di non avere già una copertura per uno dei rischi coperti dalla polizza stipulata.

9.3.2. Modalità

"Io sottoscritto, <Cognome, nome e indirizzo>, codice cliente n.>codice cliente riportato sul pacchetto>, rinuncio alla mia adesione al contratto di assicurazione collettiva n. 1049405-4315. Redatto a <Luogo>, il <data>, Firma: <firma> »

La compagnia rimborserà tutti i premi assicurativi pagati entro un massimo di trenta (30) giorni di calendario completi dal ricevimento della richiesta di recesso, a condizione che non sia stata presentata o sia in corso una richiesta di risarcimento e che non si sia verificato alcun evento che possa dare origine a una Richiesta di risarcimento.

L'Assicurato può inoltre scegliere di non avvalersi della facoltà di recesso chiedendo, se del caso, l'esecuzione delle garanzie prevista dal presente contratto di assicurazione.

9.4. Cessazione dell'adesione

L'adesione si interrompe:

- al termine del periodo di copertura;
- in caso di rinuncia al contratto (articolo L. 112-10 del Codice delle assicurazioni francese);
- in caso di mancato pagamento dei premi (articolo L. 113-3 del Codice delle assicurazioni francese);
- in caso di omissione o inesattezza nella dichiarazione del rischio al momento della sottoscrizione o nel corso del contratto (articolo L. 113-9 del Codice delle assicurazioni francese);
- in caso di revoca dell'autorizzazione dell'Assicuratore (articolo L. 326-12 del Codice delle assicurazioni francese).

ARTICOLO 10. CLAUSOLE VARIE

10.1. Prescrizione

La prescrizione è il periodo dopo il quale non è ammissibile alcuna richiesta di risarcimento. Qualsiasi azione derivante dal Contratto risulta prescritta a partire dall'evento che l'ha generata alle condizioni previste dagli articoli da L. 114-1 a L. 114-3 del Codice delle assicurazioni francese.

Articolo L. 114-1 del Codice delle assicurazioni francese: Tutte le azioni derivanti da un contratto di assicurazione risultano prescritte dopo due anni dall'evento che le ha originate. Tuttavia, tale termine non decorre:

1. In caso di reticenza, omissione, falsa o inesatta dichiarazione del rischio corso, dal giorno in cui l'assicuratore ne è venuto a conoscenza;
2. In caso di sinistro, soltanto dal giorno in cui gli interessati ne sono venuti a conoscenza, se dimostrano di esserne stati all'oscuro fino a quel momento. Quando l'azione dell'Assicurato avverso l'Assicuratore si basa sul ricorso di un terzo, il termine di prescrizione decorre soltanto dal giorno in cui il terzo ha intrapreso un'azione legale avverso l'Assicurato o è stato risarcito da quest'ultimo. Il periodo di prescrizione è esteso a dieci anni nei contratti di assicurazione sulla vita quando il beneficiario è una persona diversa dal contraente e, nei contratti di assicurazione contro gli infortuni personali, quando i beneficiari sono gli aventi diritto dell'assicurato deceduto.

Per i contratti di assicurazione sulla vita, nonostante le disposizioni di cui al punto 2, le azioni del beneficiario risultano prescritte entro e non oltre trent'anni dalla morte dell'assicurato.

Articolo L. 114-2 del Codice delle assicurazioni francese: Il termine di prescrizione è interrotto da una delle cause ordinarie di interruzione della prescrizione e dalla nomina di periti a seguito di un sinistro. L'interruzione del termine di prescrizione dell'azione può derivare anche dall'invio di una raccomandata con ricevuta di ritorno indirizzata dall'assicuratore all'assicurato per quanto riguarda l'azione di pagamento del premio e dall'assicurato all'assicuratore per quanto riguarda la liquidazione del risarcimento. Le cause ordinarie di interruzione della prescrizione (articoli 2240 e seguenti del Codice civile francese) sono: il riconoscimento da parte del debitore del diritto della persona avverso la quale stava prescrivendo; l'istanza al tribunale, anche in un procedimento sommario; un provvedimento cautelare adottato in applicazione del codice delle procedure esecutive civili o un atto di esecuzione forzata; l'interpellanza di cui all'articolo 2245 del Codice civile francese.

Articolo L. 114-3 del Codice delle assicurazioni francese: in deroga all'articolo 2254 del Codice civile francese, le parti del contratto di assicurazione non possono, neppure di comune accordo, modificare la durata della prescrizione o aggiungere cause di sospensione o interruzione della stessa.

Le cause ordinarie di interruzione della prescrizione di cui all'articolo L.114-2 del Codice delle assicurazioni francese sono quelle previste dagli articoli da 2240 a 2246 del Codice civile francese, riportati di seguito:

Articolo 2240 del Codice civile francese: "Il riconoscimento da parte del debitore del diritto della persona avverso la quale stava prescrivendo interrompe il termine di prescrizione."

Articolo 2241 del Codice civile francese: "L'istanza al tribunale, anche in un procedimento sommario, interrompe il termine di prescrizione e il periodo di decadenza. Lo stesso vale se la causa viene portata dinanzi a un tribunale privo di giurisdizione o se l'atto di portare la causa dinanzi al tribunale viene annullato a causa di un vizio procedurale."

Articolo 2242 del Codice civile francese: "L'interruzione derivante dall'istanza al tribunale avrà effetto fino alla conclusione del procedimento."

Articolo 2243 del Codice civile francese: "L'interruzione è nulla se il richiedente ritira l'istanza o la lascia decadere, o se la sua istanza viene definitivamente respinta."

Articolo 2244 del Codice civile francese: "Il termine di prescrizione o di decadenza è interrotto anche da un provvedimento cautelare adottato in applicazione del Codice di procedura esecutiva civile francese o da un atto di esecuzione forzata."

Articolo 2245 del Codice civile francese: "L'interpellanza fatta a uno dei debitori in solido con un'istanza al tribunale o con un atto di esecuzione forzata o il riconoscimento da parte del debitore del diritto di colui contro il quale stava prescrivendo interrompe il termine di prescrizione avverso tutti gli altri, anche avverso i loro eredi.

D'altra parte, l'interpellanza fatta a uno degli eredi di un debitore in solido o il riconoscimento di questo erede non interrompe la prescrizione nei confronti degli altri coeredi, anche nel caso di un credito ipotecario, se l'obbligazione è divisibile. Tale interpellanza o riconoscimento interrompe la prescrizione, rispetto agli altri coobbligati, soltanto per la quota di cui questo erede è obbligato. Per interrompere la prescrizione per intero, nei confronti degli altri coobbligati, è necessario convocare tutti gli eredi del debitore deceduto o far riconoscere il fatto a tutti gli eredi."

Articolo 2246 del Codice civile francese: "L'interpellanza del debitore principale o il suo riconoscimento interrompono la prescrizione nei confronti del garante."

10.2. Surrogazione

Ai sensi dell'articolo L. 121-12 del Codice delle assicurazioni francese, l'Assicuratore è automaticamente surrogato in tutti i diritti e le azioni dell'Assicurato, fino a raggiungere l'ammontare delle indennità assicurative pagate.

10.3. Falsa dichiarazione intenzionale o non intenzionale

IN CONFORMITÀ CON LE DISPOSIZIONI DELL'ARTICOLO L.113-8 DEL CODICE DELLE ASSICURAZIONI FRANCESE, QUALSIVOGLIA FALSA DICHIARAZIONE INTENZIONALE DA PARTE DELL'ADERENTE CHE POSSA ALTERARE LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA PARTE DELL'ASSICURATORE COMPORTERÀ LA NULLITÀ DEL CONTRATTO, MENTRE LE QUOTE RICEVUTE RIMARRANNO INTEGRALMENTE ACQUISITE A TITOLO DI RISARCIMENTO DANNI E INTERESSI.

IN CASO DI RETICENZA O DI FALSA DICHIARAZIONE NON INTENZIONALE, SI APPLICHERANNO LE DISPOSIZIONI DELL'ARTICOLO L.113-9 DEL CODICE DELLE ASSICURAZIONI FRANCESE.

10.4. Richiesta di risarcimento

In caso di insoddisfazione, l'Assicurato dovrà prima di tutto inviare il proprio reclamo tramite e-mail a:

reclamation.sam.loisirs@sam-assurance.com

L'Assicurato riceverà una conferma di ricezione del suo reclamo entro un massimo di 10 giorni lavorativi dalla data di invio (a meno che il reclamo non riceva risposta entro questo periodo). L'Assicurato sarà tenuto ad informare dell'andamento dell'esame della sua situazione e riceverà, salvo eccezioni giustificate per iscritto, una risposta entro due (2) mesi dall'invio della lettera di reclamo.

Se l'Assicurato non è soddisfatto della risposta, può rivolgersi al **Servizio relazioni con i clienti dell'Assicuratore** (AREAS - 49, rue de Miromesnil 75380 Parigi cedex 08, www.areas.fr, sezione "presentare un reclamo") che risponderà entro lo stesso termine (non cumulabile), ossia entro due (2) mesi dalla data di invio della lettera di reclamo.

In ogni caso, qualora persista un disaccordo e allo scadere del periodo di due (2) mesi dall'invio del reclamo, a condizione che non siano state intraprese azioni legali, l'Assicurato potrà rivolgersi al mediatore:

- Per via elettronica: www.mediation-assurance.org
- Per posta al seguente indirizzo: Monsieur le Médiateur de l'Assurance - TSA 50110 - 75441 Paris Cedex 09.

Il parere del Mediatore dell'Assicurazione non è vincolante per le parti, che sono libere di accettare o rifiutare la soluzione proposta e di adire il tribunale competente.

10.5. Cumulo di assicurazioni

Ai sensi dell'art. L. 121-4 del Codice francese delle Assicurazioni, chiunque sia assicurato presso più assicuratori con più polizze, per lo stesso interesse, contro lo stesso rischio, deve informare immediatamente ogni assicuratore in merito agli altri assicuratori. L'Assicurato deve, con tale comunicazione, rendere noto il nome dell'assicuratore con il quale è stata stipulata un'altra assicurazione e indicare la somma assicurata. Quando vengono stipulate più polizze assicurative senza frode, ciascuna di esse produce i suoi effetti nei limiti delle garanzie e nel rispetto delle disposizioni del Codice delle assicurazioni francese.

10.6. Diritto e lingua applicabili al contratto

I rapporti precontrattuali e contrattuali sono disciplinati dal diritto francese. Si applica la lingua francese.

Qualsivoglia controversia derivante dall'esecuzione, dalla mancata esecuzione o dall'interpretazione del contratto sarà soggetta alla giurisdizione dei tribunali francesi.

10.7. Autorità di controllo

L'autorità responsabile della vigilanza sull'Assicuratore e su MARSH è l'Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (4 Place de Budapest, CS 92459, 75436 Paris Cedex 09).

ALLEGATO 1: INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'articolo 6 del Regolamento generale sulla protezione dei dati, il trattamento dei dati personali è necessario per l'esecuzione del contratto di assicurazione da voi stipulato o per l'esecuzione di misure precontrattuali adottate su vostra richiesta.

Titolare del trattamento dei dati/Subappaltatori/Destinatari

Nell'ambito delle vostre richieste (iscrizione, adesione, informazioni, gestione, esecuzione del contratto) MARSH raccoglie da voi i dati che vi riguardano per le finalità strettamente descritte di seguito.

MARSH agisce in qualità di Titolare del trattamento. I dati personali raccolti potranno essere trasmessi ai seguenti soggetti:

- l'Assicuratore del contratto e tutte le società dei gruppi a cui appartiene;
- gli enti del settore pubblico;
- i responsabili del trattamento dei dati che operano sotto la responsabilità dei nostri partner commerciali o di MARSH: subappaltatori, consulenti tecnici, periti, avvocati, liquidatori di sinistri, riparatori, fornitori di servizi, medici e società di servizi in outsourcing (sinistri, IT, servizi postali, gestione dei documenti).

Impegni

MARSH rispetta i seguenti principi:

- i vostri dati vengono utilizzati esclusivamente per scopi espliciti, legittimi e specifici legati alla nostra attività;
- vengono raccolti soltanto i dati utili per noi;
- i vostri dati non vengono conservati oltre il periodo necessario per le operazioni per cui sono stati raccolti, o a quello previsto dalle norme e dalle autorizzazioni della Commissione Nazionale francese dell'Informatica e delle Libertà (CNIL) o dalla legge;
- i vostri dati vengono comunicati soltanto ai partner (intermediari, assicuratori, riassicuratori, fornitori di servizi o enti professionali autorizzati) che ne hanno bisogno ai fini dello svolgimento delle nostre attività;
- vi informiamo, in modo chiaro e trasparente, sia che stiate redigendo un preventivo, sia che stiate stipulando o sottoscrivendo un contratto, sia che stiate gestendo un sinistro, in particolare delle finalità per cui i vostri dati saranno utilizzati, della natura facoltativa oppure obbligatoria delle vostre risposte nei moduli e dei vostri diritti in materia di protezione dei dati.

Finalità

Tutti i dati personali raccolti vengono utilizzati esclusivamente per le seguenti finalità:

- la creazione di file clienti-potenziali clienti;
- la stipula, la gestione (anche commerciale) e l'esecuzione dei vostri contratti assicurativi;
- la lotta al riciclaggio di denaro e al finanziamento del terrorismo, con l'introduzione del monitoraggio dei contratti che può portare alla redazione di una segnalazione di transazione sospetta o al congelamento dei beni;
- la lotta contro le frodi assicurative, che può portare all'inserimento in un elenco di persone a rischio di frode;

- la raccolta di dati relativi a reati, condanne e misure di sicurezza sia al momento della sottoscrizione/adesione al contratto di assicurazione, sia durante la sua esecuzione o nell'ambito della gestione delle controversie;
- l'analisi di tutti o parte dei dati raccolti su di voi, eventualmente incrociati con quelli di partner selezionati, per migliorare i nostri prodotti (ricerca e sviluppo), valutare la vostra situazione o prevederla (punteggi di appetibilità) e personalizzare la vostra esperienza cliente (offerte e pubblicità mirate).

Siamo obbligati per legge a verificare che i vostri dati siano accurati, completi e, se necessario, aggiornati. Potremmo chiedervi di verificarli o di completare il vostro fascicolo.

Sicurezza

Ci impegniamo a garantire la sicurezza dei vostri dati implementando una protezione rafforzata degli stessi attraverso l'uso di misure di sicurezza fisiche e logiche conformi alle regole dell'arte e agli standard a noi imposti.

Hosting

Ospitiamo tutti i vostri dati all'interno dell'Unione Europea o in un paese che garantisce un livello di protezione adeguato.

I diritti dell'utente

- Diritto di accesso: consente di ottenere informazioni sui propri dati personali e di sapere quali dati sono conservati, le finalità del trattamento e i destinatari.
- Diritto di rettifica: consente di far rettificare i propri dati personali se inesatti e di completare quelli incompleti.
- Diritto all'oblio: consente, a determinate condizioni, di ottenere la cancellazione dei propri dati, nella fattispecie nei seguenti casi:
 - se i vostri dati personali non sono più necessari per le finalità per cui sono stati trattati e se la loro conservazione non è più richiesta da requisiti di legge o amministrativi;
 - nel caso in cui ritirate il consenso al trattamento dei vostri dati.
- Diritto di opposizione: vi consente, a determinate condizioni, di opporvi in qualsiasi momento al trattamento dei vostri dati personali e, nella fattispecie, di opporvi al loro utilizzo a fini di profilazione.
- Diritto di limitare il trattamento: vi consente, a determinate condizioni, di limitare il trattamento dei vostri dati personali, ovvero l'uso che ne viene fatto. Ad esempio, se i vostri dati sono inesatti, potete chiedere che il loro trattamento sia limitato fino alla loro correzione.
- Diritto alla portabilità: consente di richiedere la trasmissione dei propri dati in un formato facilmente riutilizzabile e di trasmetterli a terzi.
- Direttive anticipate: consente di definire le direttive relative al destino dei vostri dati dopo la vostra morte.

Per saperne di più sui vostri diritti, visitate il sito web della Commissione Nazionale dell'Informatica e delle Libertà (CNIL) (www.cnil.fr/fr/comprendre-vos-droits).

Responsabile della protezione dei dati:

Potete esercitare i vostri diritti presso il nostro Responsabile della protezione dei dati per e-mail (privacy.france@marsh.com) allegando una copia della carta d'identità.

Durata di conservazione:

I dati personali vengono conservati da MARSH per un periodo di cinque (5) anni a partire dalla data di cessazione dell'adesione o in base alle condizioni specifiche indicate di seguito:

- In caso di sinistro – cinque (5) anni dalla liquidazione del sinistro.
- In caso di sinistro con lesioni personali – dieci (10) anni dalla data del sinistro.
- Per informazioni sulle richieste di risarcimento – cinque (5) anni dal ricevimento della richiesta.
- Per informazioni sul contratto di assicurazione – cinque (5) anni dalla scadenza, dalla cancellazione o dalla risoluzione.

Possono essere applicati periodi specifici di durata a fini fiscali e contabili, in conformità alla normativa vigente.

I dati personali non vengono conservati più a lungo del necessario. Saranno conservati esclusivamente per gli scopi per cui sono stati ottenuti.

Gestione telefonica

Se non desiderate essere oggetto di un'attività di indagine commerciale telefonica, potete iscrivervi gratuitamente alla lista BLOCTEL di opposizione (registro delle opposizioni) alle attività di marketing telefonico.

Per ulteriori informazioni, visitare il sito www.bloctel.gouv.fr