

Polizza di assicurazione contro il rischio di Ricovero Ospedaliero

Documento Informativo Precontrattuale Danni

Compagnia: CNP Santander Insurance Europe DAC



CNP Santander Insurance Europe DAC opera in Italia in regime di stabilimento tramite la Rappresentanza Generale per l'Italia ed è iscritta all'Albo Imprese di assicurazione e riassicurazione n. 1.00096. La Compagnia è soggetta alla vigilanza dell'Autorità irlandese Central Bank of Ireland.

Prodotto: 3Centosesanta° PROTEZIONE SALUTE +

Il documento offre una sintesi delle principali informazioni sul prodotto. Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è ?

E' una polizza che ti tutela, con un indennizzo giornaliero, il cui importo è indicato nel Certificato di Assicurazione, in caso di Ricovero Ospedaliero conseguente ad Infortunio o Malattia.



Che cosa è assicurato?

- ✓ E' assicurato il Ricovero Ospedaliero della persona assicurata conseguente ad Infortunio o Malattia. In caso di Ricovero Ospedaliero l'Assicuratore liquida all'assicurato una diaria giornaliera pari all'ammontare indicato sul Certificato di Assicurazione.



Cosa non è assicurato?

- ✗ Il dolo dell'Assicurato o del Beneficiario;
- ✗ gli atti di terrorismo e gli stati di guerra, in qualsiasi circostanze. I sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici non sono escluse se l'Assicurato sia stato già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;
- ✗ azioni intenzionali dell'Assicurato quali: suicidio dell'Assicurato (anche laddove questo avvenga nei primi due anni dalla Data di Conclusione); il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; i Sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati d'alcolismo acuto o cronico;
- ✗ incidenti aerei, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;
- ✗ partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;
- ✗ stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico; in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- ✗ esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- ✗ pratica di Attività Sportive Professionistiche, della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- ✗ Infortuni o Malattie già verificatisi, nei 12 mesi precedenti alla Data di Decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;
- ✗ pratica, da parte dell'Assicurato, di qualsivoglia ulteriore attività pericolosa, quali a titolo esemplificativo: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce, pareti o ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, ippica, speleologia, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere;
- ✗ compimento intenzionale di un crimine o delitto o del tentativo di tali atti;
- ✗ trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- ✗ fratture causate direttamente o indirettamente da una malattia delle ossa (ad esempio osteoporosi o osteogenesi imperfetta);
- ✗ parto, gravidanza, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi.



Ci sono limiti di copertura?

- ! La copertura Ricovero Ospedaliero conseguente a Malattia è soggetta ad un periodo di carenza di 90 giorni (periodo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale l'efficacia della copertura non opera)
- ! La diaria giornaliera è corrisposta in relazione a ciascun periodo di 24 ore consecutive di Ricovero Ospedaliero
- ! La Compagnia indennizza un numero massimo di giorni di ricovero per ciascun anno assicurato. L'importo erogato dipende dal piano scelto dal Contraente in fase di sottoscrizione e dall'evento che ha causato il ricovero.
- ! Se il ricovero è dovuto ad infortunio, il numero massimo di giorni indennizzabili per anno assicurato è pari a 100. Se il ricovero è dovuto a malattia, il numero massimo di giorni indennizzabili per anno assicurato è pari a 50.
- ! Per periodi di Ricovero Ospedaliero inferiori alle 24 ore consecutive non è corrisposta alcuna diaria.



Dove vale la copertura?

La copertura è valida in tutti i paesi del Mondo.



Che obblighi ho?

Non fornire dichiarazioni inesatte o reticenze relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore, in particolare a riguardo di:

- età della persona assicurabile (deve essere compresa, al momento dell'adesione, tra 18 e 65 anni non compiuti);
- eventuale stato di invalidità pregressa (non deve essere superiore al 33%);
- residenza della persona assicurabile (deve essere in Italia);
- altre polizze sottoscritte per lo stesso rischio con il medesimo Assicuratore.



Quando e come devo pagare?

Il Premio, di eguale ammontare per ogni mensilità, verrà addebitato sul conto corrente indicato dall'Assicurato.

Il primo mese di copertura assicurativa è gratuito.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

La copertura decorre dalle ore 24.00 della data in cui avviene l'adesione telefonica da parte del Contraente, indicata quale data di decorrenza nel certificato di assicurazione.

La copertura cessa

- alla prima scadenza del Periodo Assicurativo Ricorrente immediatamente successiva al compimento del 65° anno di età da parte dell'Assicurato;
- su iniziativa del Contraente, in caso di esercizio del diritto di recesso;
- su iniziativa dell'Assicuratore, laddove il medesimo comunichi disdetta al Contraente almeno 60 giorni prima di ogni ricorrenza annuale successiva alla Data di Conclusione del Contratto di Assicurazione;
- laddove l'ammontare massimo delle Prestazioni erogate dalla Compagnia estingua il massimale;
- a seguito di liquidazione di una delle prestazioni previste in caso di Decesso o di Invalidità Permanente;
- qualora non vengano pagate le rate mensili di Premio entro 90 giorni dalla data in cui le stesse sono dovute.



Come posso disdire la polizza?

E' possibile recedere dalla Polizza entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Conclusione del Contratto di Assicurazione, dandone comunicazione a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo: CNP Santander Insurance Europe DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia, Casella Postale n. 10015, CDP Milano ISOLA, c.a.p. 20159, Milano (MI), oppure comunicando la propria volontà al Numero Verde 800 19 49 77.

Il recesso determina la cessazione delle Coperture assicurative, dalle ore 24.00 (ventiquattro) del giorno di spedizione della raccomandata, e la restituzione al Contraente, da parte dell'Assicuratore, del Premio eventualmente versato al netto delle imposte, nel termine dei 30 (trenta) giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione del recesso.

E' possibile altresì disdire il Contratto di Assicurazione in ogni momento, nel qual caso il Contratto di Assicurazione cesserà alla mezzanotte del giorno precedente la scadenza della prima rata mensile successiva alla comunicazione della disdetta. In tal caso, le rate di Premio versate e maturate prima della richiesta di scioglimento del Contratto di Assicurazione, restano acquisite dall'Assicuratore.

Assicurazione Ricovero Ospedaliero

Documento Informativo Precontrattuale aggiuntivo per i prodotti assicurativi danni
(DIP aggiuntivo Danni)

Impresa: CNP Santander Insurance Europe DAC
Prodotto: Protezione Salute + *Dental Service*

Realizzato il 14/12/2018

il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultimo disponibile>



Il presente documento contiene informazioni aggiuntive e complementari rispetto a quelle contenute nel documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni), per aiutare il potenziale contraente a capire più nel dettaglio le caratteristiche del prodotto, gli obblighi contrattuali e la situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società: CNP Santander Insurance Europe DAC, appartenente al gruppo CNP Assurances S.A.
Sede Legale: 3 Park Place Hatch Street Dublino D02 FX65 (Irlanda)
Il contratto è concluso con la Rappresentanza Generale per l'Italia della Società, con sede in Corso Massimo D'Azeglio 33/E 10126 Torino – tel. 800 19 49 77
P.IVA, C.F e numero di iscrizione al Reg.Imprese di Torino: 10582050018,
R.E.A. n. 1145508
iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00096, operante in Italia in regime di stabilimento e soggetta alla vigilanza dell'Autorità irlandese Central Bank of Ireland.
www.cnpsantander.it; e-mail: (CBP email for customer service) PEC: santanderinsuranceeurope@legalmail.it

CNP Santander Insurance Europe DAC ha un Patrimonio Netto pari a € 152.726.114 di cui € 53.000.000 è il Capitale Sociale e € 99.726.114 è il totale delle Riserve Patrimoniali.

L'indice di solvibilità – che rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente è pari a 133%.

La relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa (SFCR) è disponibile sul sito della Società al seguente link: www.cnpsantander.com/public-disclosure.html

Al contratto si applica la legge italiana



Che cosa è assicurato?

Le informazioni relative alla garanzia fornita sono incluse integralmente nel modello DIP base
L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportato ai massimali
Non sono previste opzioni con riduzione di premio e/o con premio aggiuntivo



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Le informazioni relative a rischi esclusi sono integralmente Indicate nel modello DIP.



Ci sono limiti di copertura ?

I principali limiti alla copertura sono indicati nel modello DIP.

Successivamente ad un Ricovero Ospedaliero indennizzato, si applica un Periodo di Riqualficazione, durante il quale eventuali nuovi Ricoveri Ospedalieri dell'Assicurato non vengono indennizzati dalla presente Polizza.

Il Periodo di riqualficazione dura:

- 90 giorni se i nuovi ricoveri sono determinati da cause diverse rispetto a quelle che hanno reso necessario il Ricovero Ospedaliero indennizzato
- 180 giorni se i nuovi ricoveri sono determinati dalle stesse cause o da motivazioni che sono collegabili a quelle che hanno reso necessario il Ricovero ospedaliero indennizzato

 Che obblighi ho ? Quali obblighi ha l'impresa ?	
Cosa fare in caso di sinistro ?	Denuncia di sinistro: <i>I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto inviando il modulo "Denuncia di sinistro" e tutta la documentazione richiesta dall'Assicuratore</i> - con email, all'indirizzo sinistri.clienti@it.cnpsantander.com, oppure - con Lettera Raccomandata con ricevuta di ritorno, all'indirizzo CNP Santander Insurance Europe DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia – Gestione Servizio Clienti e Ufficio Sinistri – Casella Postale n. 10015, CDP Milano ISOLA, c.a.p. 20159, Milano (MI). <i>Il Contraente o gli aventi diritto potranno richiedere il modulo Denuncia di Sinistro contattando il servizio clienti al n. 800 19 49 77 (Lun. - Ven. dalle ore 9.00 alle ore 18.00) o scrivendo all'indirizzo email sinistri.clienti@it.cnpsantander.com.</i> <i>Il Contraente o gli aventi diritto dovranno allegare al modulo "Denuncia di sinistro" tutta la documentazione di seguito indicata relativa all'Assicurato, necessaria a verificare il diritto alla Prestazione:</i> - Certificato del pronto soccorso o analoga certificazione medica, rilasciata entro 48 ore dall'evento; - Copia conforme della cartella clinica <i>L'Assicuratore si riserva la facoltà e il diritto di richiedere, laddove necessario, la documentazione integrativa utile per verificare il diritto alla Prestazione.</i> <i>Le denunce di sinistro saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta.</i> <i>Il Contraente o gli aventi diritto possono chiedere ulteriori informazioni relativamente alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio dedicato al numero 800 19 49 77.</i> Assistenza diretta/in convenzione: non previsto. Gestione da parte di altre imprese: non previsto. Prescrizione: <i>I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.</i>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	<i>In sede di conclusione del contratto, e fino alla data di cessazione della Garanzia, il Contraente deve fornire all'Assicuratore dichiarazioni veritiere e non reticenti sulle circostanze del rischio. Il fatto che l'Assicurato rilasci dichiarazioni false o reticenti può comportare gravi conseguenze, ivi compresa la mancata corresponsione della Prestazione assicurativa nonché la cessazione della Polizza.</i> <i>Si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze, contenute nel Certificato di Assicurazione relative alle informazioni rese dall'Assicurato sul suo stato di salute.</i> <i>Eventuali ricoveri derivanti da malattie pregresse, insorte nei 12 mesi antecedenti alla stipula della polizza, non sono indennizzabili.</i>
Obblighi dell'impresa	<i>L'Assicuratore si impegna a liquidare il Sinistro coperto dalle Garanzie della Polizza, a seguito della ricezione di tutta la documentazione richiesta relativa allo stesso, entro 30 (trenta) giorni da tale ricezione.</i>
 Quando e come devo pagare ?	
Premio	<i>- Il Premio è annuo ed è pari all'importo indicato nel Certificato di Assicurazione.</i> <i>Il Premio è indipendente dall'età e dal sesso dell'Assicurato, e dipende dall'importo delle prestazioni e delle opzioni prescelte dal Contraente in relazione alle Garanzie Assicurative.</i> <i>Il pagamento del Premio avverrà in rate mensili, da corrispondersi alla ricorrenza mensile della Data di Decorrenza. Il primo mese di copertura assicurativa è gratuito.</i> <i>L'ammontare del Premio annuale, così come l'ammontare delle singole rate mensili di Premio, sono indicati sul Certificato di Assicurazione e sono comprensivi dell'imposta di assicurazione.</i> <i>Non sono previsti meccanismi di indicizzazione del Premio</i>
Rimborso	<i>In caso di recesso, da esercitarsi entro 60 giorni dalla stipula, la Compagnia restituisce al Contraente il Premio eventualmente già incassato al netto delle imposte.</i>



Quando comincia la copertura e quando finisce ?

Durata	- Le Garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 (ventiquattro) della Data di Decorrenza, indicata sul certificato di assicurazione quale giorno di adesione telefonica / on line alla Polizza da parte del Contraente. - Il Contratto di Assicurazione è stipulato a tempo indeterminato e non prevede rinnovo annuale. Il Contraente può terminare il contratto in qualsiasi momento senza alcuna penalizzazione. - La garanzia Ricovero Ospedaliero conseguente ad un Infortunio non è soggetta ad alcun periodo di Carenza. - Nel caso di Ricovero Ospedaliero conseguente a Malattia, alla garanzia si applica un periodo di Carenza di 90 (novanta) giorni.
Sospensione	Non è prevista la possibilità di sospendere le garanzie. Le garanzie rimangono sospese nel caso in cui il Contraente non paga il Premio Se il Contraente non paga la prima rata di Premio stabilita dal contratto, l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto ed eventuali Sinistri occorsi durante il periodo di sospensione non sono coperti. Se alle scadenze convenute il Contraente non paga le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza ed eventuali Sinistri occorsi durante il periodo di sospensione non sono coperti. Il Contratto sarà risolto laddove il Contraente non provveda a versare le rate mensili di Premio entro 90 giorni dalla data in cui gli stessi sono dovuti.



Come posso disdire la polizza ?

Ripensamento dopo la stipulazione	Il Contraente ha il diritto di recedere dal contratto entro 60 giorni dalla stipula Il recesso determina la restituzione del premio eventualmente già incassato al netto delle imposte
Risoluzione	il Contraente ha diritto di risolvere il contratto in qualsiasi momento senza penalizzazioni.



A chi è rivolto questo prodotto ?

Il prodotto è destinato a consumatori finali che abbiano ricevuto un finanziamento a qualsiasi titolo erogato dalla società Santander Consumer Bank Spa.

Sono assicurabili i soggetti che:

- (i) siano residenti in Italia;
- (ii) abbiano un'età compresa tra i 18 (diciotto) ed i 65 (sessantacinque) anni non compiuti;
- (iii) non abbiano già acquistato la presente Polizza in qualità di soggetto Assicurato; e
- (iv) non presentino uno stato di invalidità pregressa superiore o uguale al 33% (trentatré per cento).



Quali costi devo sostenere ?

- **costi di intermediazione**
la quota parte percepita in media dall'intermediario Santander Consumer Bank SpA è pari al 52,03% del premio al netto delle imposte.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<u>Reclami alla Compagnia</u> Eventuali reclami, riguardanti il rapporto contrattuale e / o la gestione dei sinistri, devono essere presentati per iscritto e inviati via posta, telefax o comunicazione di posta elettronica al seguente recapito: CNP Santander Insurance Europe DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio reclami, Casella Postale n. 10015, CDP Milano ISOLA, c.a.p. 20159, Milano (MI), fax 011 0133511; reclami.clienti@it.cnp santander.com, specificando numero di polizza e, ove applicabile e/o disponibile, il numero di sinistro nonché una descrizione esaustiva della lamentela. La Compagnia fornirà risposta scritta al reclamo entro 45 giorni dal suo ricevimento <u>Reclami all'Intermediario</u> Eventuali reclami, riguardanti l'Intermediario che ha svolto l'attività di intermediazione, devono
----------------------------------	--

	essere presentati per iscritto e inviati via posta, telefax o comunicazione di posta elettronica al seguente recapito: Santander Consumer Bank S.p.A. - Ufficio Reclami - corso Massimo d'Azeglio 33/E, 10126 Torino - Italia - fax 011 195 26 193 – email: reclami@santanderconsumer.it - PEC: reclami.santander@actaliscertymail.it, specificando numero di polizza e una descrizione esaustiva della lamentela. <i>L'intermediario è tenuto a fornire risposta scritta al reclamo entro 45 giorni dal suo ricevimento.</i>
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it. Info su: www.ivass.it Per la risoluzione di controversie transfrontaliere, i reclami potranno essere indirizzati al Financial Services Ombudsman's Bureau / Biúró an Ombudsman um Sheirbhís Airgeadais, richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET (http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm), o all'IVASS, richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. L'IVASS procederà a informare il reclamante.
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it. (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di controversie di natura medico-legale, fermo restando il diritto di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici per decidere a norma e nei limiti delle disposizioni della Polizza. Il Collegio risiede nel comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato. Per la risoluzione di controversie transfrontaliere, i reclami potranno essere indirizzati al Financial Services Ombudsman's Bureau / Biúró an Ombudsman um Sheirbhís Airgeadais, richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET (http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm), o all'IVASS, richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. L'IVASS procederà a informare il reclamante.

PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA NON DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE NON POTRAI CONSULTARE TALE AREA, NÉ UTILIZZARLA PER GESTIRE TELEMATICAMENTE IL CONTRATTO MEDESIMO.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Redatto ai sensi del Regolamento IVASS del 02-08-2018 n. 41

Polizza Assicurativa contro il rischio di Ricovero Ospedaliero

(data dell'ultimo aggiornamento: 11/12/2018)

3Centosesanta° PROTEZIONE SALUTE +

Dental Service

La documentazione precontrattuale per questo prodotto si compone dei seguenti documenti, che devono essere consegnati al contraente prima che questi sia vincolato dal Contratto di Assicurazione a distanza

- Condizioni di Assicurazione
- Documento Informativo Precontrattuale Danni (DIP Danni)
- Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo Danni (DIP Aggiuntivo Danni)

GLOSSARIO

La presente sezione della Nota Informativa contiene ed esplica il significato dei termini tecnici comunemente utilizzati in un contratto assicurativo, che il Contraente e l'Assicurato potranno utilizzare per una migliore comprensione della Polizza.

Si avverte che i termini di seguito elencati non assumono alcun significato ai fini dell'interpretazione della Polizza, in relazione alla quale avranno rilevanza unicamente le Definizioni di cui alle Condizioni di assicurazione.

Assicurato - Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

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

Assicurazione - Il contratto di assicurazione.

Azienda - Il complesso dei beni organizzati dall'imprenditore per l'esercizio dell'impresa.

Codice delle assicurazioni - Il Decreto Legislativo 7 settembre 2005, n. 209, come successivamente modificato.

Contraente - Il soggetto che stipula il contratto nell'interesse proprio e/o di altri.

Franchigia - L'importo prestabilito che, in caso di sinistro, rimane a carico dell'assicurato.

Indennizzo/Risarcimento - La somma dovuta dalla compagnia in caso di sinistro.

Intermediario assicurativo - La persona fisica o la società, iscritta nel registro unico elettronico degli intermediari assicurativi e riassicurativi di cui all'art.109 del D.lgs. 7 settembre 2005 n. 209, che svolge a titolo oneroso l'attività di intermediazione assicurativa e riassicurativa.

IVASS Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni - L'IVASS svolge le funzioni di vigilanza sul settore assicurativo mediante l'esercizio dei poteri di natura autorizzativa, prescrittiva, accertativa, cautelare e repressiva previsti dalle disposizioni del Codice delle assicurazioni. L'IVASS ha personalità giuridica di diritto pubblico ed opera sulla base di principi di autonomia organizzativa, finanziaria e contabile, oltre che di trasparenza e di economicità. Il 1° gennaio 2013 l'IVASS è succeduto all'ISVAP (Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di Interesse Collettivo) in tutte le funzioni, le competenze, i poteri e in tutti i rapporti attivi e passivi e quest'ultima autorità è stata soppressa. Dalla medesima data ogni riferimento all'ISVAP contenuto in norme di legge o in altre disposizioni normative è da intendersi effettuato all'IVASS.

Massimale - L'obbligazione massima della compagnia per ogni sinistro o per un periodo di assicurazione, secondo le previsioni della polizza.

Polizza - Il documento che prova l'esistenza del contratto di assicurazione.

Premio - La somma dovuta dal contraente alla compagnia quale corrispettivo per l'assicurazione.

Rischio - La probabilità che si verifichi il sinistro e l'entità dei danni che possano derivarne.

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

Scoperto - La parte dell'ammontare del danno liquidabile a termini di polizza ed espressa in percentuale che, prima dell'applicazione di eventuali limiti, rimane a carico dell'assicurato in caso di sinistro.

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

Surrogazione - La facoltà dell'assicuratore che abbia corrisposto l'Indennizzo di sostituirsi all'assicurato nei diritti verso il terzo responsabile, qualora il danno dipenda dal fatto illecito di un terzo.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Assicurativa contro il rischio di Ricovero Ospedaliero

3Centosesanta° PROTEZIONE SALUTE +

Data ultimo aggiornamento 11/12/2018

Definizioni

Ai seguenti termini, le parti attribuiscono convenzionalmente il significato sotto precisato:

Assicurato: Il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione

Assicuratore – Compagnia: CNP Santander Insurance Europe DAC, Rappresentanza Generale per l'Italia, con sede legale corso Massimo d'Azeglio 33/E, c.a.p. 10126, Torino(TO), iscritta al Reg. Imprese di Torino ed avente P. IVA 10582050018 – R.E.A. 1145508, iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione riassicurazione al n. I.00096, società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di CNP Assurances S.A..

Attività sportiva professionistica: Attività sportiva a titolo oneroso con carattere di continuità, svolta da atleti, allenatori, preparatori atletici, nell'ambito delle discipline regolamentate dal CONI e che conseguono la qualificazione dalle Federazioni sportive Nazionali, secondo le norme emanate dalle Federazioni stesse, con l'osservanza delle direttive stabilite dal CONI per la distinzione dell'attività dilettantistica da quella professionistica.

Beneficiario: Soggetto che ha diritto alla Prestazione.

Carenza: Periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale l'efficacia della Copertura non opera.

Certificato di Assicurazione: Documento predisposto dall'Assicuratore mediante il quale viene raccolta la sottoscrizione necessaria a fornire la prova scritta dell'adesione telefonica, da sottoscrivere a cura del Contraente/Assicurato dopo attenta lettura e perfetta comprensione dei contenuti dello stesso.

Cessazione della garanzia: Momento nel quale la Garanzia assicurativa cessa di avere effetto.

Contraente: il soggetto aderente all'offerta telefonica relativa alla Polizza, il quale si obbliga al pagamento del premio previsto dal presente Contratto di assicurazione.

Contratto di assicurazione: Contratto attraverso il quale l'Assicurato trasferisce all'Assicuratore un rischio al quale egli è esposto (v. Polizza).

Copertura: v. Garanzia assicurativa.

Copertura Danni: La garanzia Ricovero Ospedaliero conseguente ad Infortunio o Malattia.

Data di Conclusione e Data di Decorrenza: La data di adesione telefonica, indicata sul Certificato di Assicurazione.

Esclusioni: Rischi esclusi o limitazioni della Copertura assicurativa, elencati nelle Condizioni di Assicurazione.

Franchigia: Clausola contrattuale che limita sul piano quantitativo la Garanzia prestata dall'Assicuratore, sulla base della quale una parte del danno rimane a carico dell'Assicurato.

Garanzia assicurativa: La Prestazione assicurativa associata alle singole Coperture Danni fornite dalla Polizza.

Indennizzo, Indennità, Prestazione: Importo liquidabile dall'Assicuratore in base alle Condizioni di Assicurazione.

Infortunio: Evento dovuto a causa fortuita violenta ed esterna, che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili. Ai fini della presente garanzia sono considerati infortuni anche le conseguenze derivanti da:

- asfissia per subitanea e violenta fuga di gas o di vapori;
- annegamento;
- influenze termiche ed atmosferiche, nonché quelli dovuti all'azione diretta o indiretta del fulmine;
- caduta di rocce, pietre, alberi e simili, nonché valanghe;
- assideramento o congelamento;
- scariche elettriche o da contatto accidentale con corrosivi;
- aggressioni, rapine tentate o consumate;
- atti di legittima difesa o atti compiuti dall'Assicurato per dovere di solidarietà umana;
- guerra, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, se ed in quanto Assicurato risulti sorpreso dallo scoppio degli eventi bellici in uno stato estero (non sono considerati stati esteri la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino);
- inondazione e terremoto.

Istituto di Cura: l'ospedale, la clinica universitaria, l'istituto universitario, la casa di cura, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti autorità del Paese nel quale è ubicato, all'erogazione di prestazioni sanitarie ed al ricovero dei malati. Non si considerano "Istituto di Cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche.

IVASS: Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni, che svolge funzioni di vigilanza nei confronti delle imprese di assicurazione sulla base delle linee di politica assicurativa determinate dal Governo. Per ulteriori informazioni www.ivass.it

Liquidazione: Pagamento della Prestazione dovuta al verificarsi dell'evento assicurato.

Malattia: Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Massimale: Limite dell'esposizione finanziaria dell'Assicuratore oltre il quale le conseguenze economiche del Sinistro restano a carico dell'Assicurato.

Parti: Il Contraente/Assicurato e l'Assicuratore.

Periodo Assicurativo Ricorrente: l'intervallo temporale annuale cui si riferisce la copertura assicurativa ricorrente acquistata dal Contraente, indicato nel Certificato di Assicurazione.

Periodo di Franchigia: periodo di tempo durante il quale, pur in presenza di un evento indennizzabile ai sensi delle Condizioni di Assicurazione, il Beneficiario non ha diritto ad alcuna Indennità.

Periodo di Riqualificazione: periodo di tempo successivo ad un Ricovero Ospedaliero indennizzato ai sensi della presente polizza durante il quale eventuali nuovi Ricoveri Ospedalieri non vengono indennizzati

Polizza: La presente Polizza assicurativa, stipulata fra il Contraente e l'Assicuratore.

Premio: Somma dovuta all'Assicuratore per la Copertura assicurativa prestata, eventualmente suddivisa altresì in rate mensili.

Prescrizione: Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge. I diritti derivanti dai contratti di assicurazione contro i danni si prescrivono nel termine di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Ricovero Ospedaliero: il ricovero dell'Assicurato presso un Istituto di Cura pubblico o privato.

Sinistro: Verificarsi dell'evento di rischio assicurato oggetto del Contratto di Assicurazione per il quale viene prestata la Garanzia ed erogata la relativa Prestazione assicurativa, come ad esempio il Ricovero dell'Assicurato.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Polizza Assicurativa contro il rischio di
Ricovero Ospedaliero conseguente ad Infortunio o Malattia

3Centosesanta° PROTEZIONE SALUTE +

Data ultimo aggiornamento 11/12/2018

Art. 1. Oggetto della copertura

L'Assicuratore riconosce al Contraente, *alle condizioni previste nelle presenti Condizioni di Assicurazione*, le seguente Copertura Danni valida in tutti i Paesi del Mondo:

- Copertura contro il rischio di Ricovero Ospedaliero conseguente ad Infortunio o Malattia.

Il rischio coperto è il rischio di Ricovero Ospedaliero conseguente ad un Infortunio o a Malattia, a patto che tale Ricovero Ospedaliero si sia verificato:

- (a) dopo la Data di Decorrenza e durante il periodo di assicurazione; e
- (b) entro 30 (trenta) giorni dalla data in cui l'Infortunio si è verificato per il Ricovero Ospedaliero conseguente ad un Infortunio.

Art. 2. Conclusione del Contratto di Assicurazione

Il Contraente conclude il Contratto di Assicurazione mediante adesione telefonica, secondo quanto previsto all'art.121 del Codice delle Assicurazioni e dal Regolamento IVASS n. 40/2018.

L'Assicuratore provvederà ad inviare la documentazione contrattuale al Contraente su supporto cartaceo o supporto durevole, nel formato dallo stesso Contraente prescelto al momento dell'adesione telefonica; il Contraente sarà tenuto a sottoscrivere e restituire il Certificato di Assicurazione, restando comunque inteso che il Contratto di assicurazione è concluso anche in caso di mancata restituzione di una copia sottoscritta del Certificato di Assicurazione stesso.

Il Premio è dovuto per ciascun Periodo di Assicurazione Ricorrente, frazionato in rate mensili. Il primo mese di copertura assicurativa è gratuito.

Con l'adesione al Contratto di assicurazione il Contraente e/o i suoi aventi causa:

- **autorizzano espressamente l'Assicuratore ad ottenere da terzi (esempio i medici curanti o altre strutture sanitarie) i loro dati personali, anche successivamente al Decesso del Contraente, ai fini dell'attuazione delle obbligazioni relative alle Coperture assicurative, esonerando espressamente tali terzi da eventuali obblighi di riservatezza e non diffusione dei dati.**
- **consentono le indagini, gli accertamenti e le visite mediche eventualmente necessarie ai fini, nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alle Coperture assicurative, anche successivamente al Decesso del Contraente, da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia dell'Assicuratore, il costo delle quali sarà a totale carico dell'Assicuratore medesimo.**

Art. 3. Decorrenza e cessazione delle Garanzie

Art. 3.1 Decorrenza delle Garanzie

Le Garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 (ventiquattro) della Data di Decorrenza, indicata sul certificato di assicurazione quale giorno di adesione telefonica alla Polizza da parte del Contraente.

Art. 3.2 Durata del Contratto di Assicurazione. Cessazione delle Garanzie

Il Contratto di Assicurazione è stipulato a tempo indeterminato ed ha termine:

- a) su iniziativa del Contraente, ai sensi del successivo art.4 del presente Contratto di Assicurazione;
- b) su iniziativa dell'Assicuratore ad ogni ricorrenza annuale, laddove il medesimo comunichi disdetta al Contraente almeno (sessanta) giorni prima della corrispondente data di scadenza annuale;
- c) alla prima scadenza del Periodo Assicurativo Ricorrente immediatamente successiva al raggiungimento dei limiti di età di cui all'art. 5 delle presenti Condizioni di Assicurazione da parte del Contraente;
- d) laddove l'ammontare massimo delle Prestazioni erogate dalla Compagnia estingua il Massimale di cui all'art.12 delle Condizioni di Assicurazione.

Art. 4 Diritto di recesso dalla Polizza e disdetta

Il Contraente può recedere dalla Polizza entro 60 (sessanta) giorni dalla Data di Conclusione del Contratto di Assicurazione, dandone comunicazione a mezzo di raccomandata con ricevuta di ritorno, al seguente indirizzo: CNP Santander Insurance Europe DAC –

Rappresentanza Generale per l'Italia, Casella Postale n. 10015, CDP Milano ISOLA, c.a.p. 20159, Milano (MI)), oppure comunicando la propria volontà al Numero Verde 800 19 49 77.

Il recesso determina la cessazione delle Coperture assicurative, dalle ore 24.00 (ventiquattro) del giorno di spedizione della raccomandata o della telefonata, e la restituzione al Contraente, da parte dell'Assicuratore, del Premio eventualmente versato al netto delle imposte, nel termine dei 30 (trenta) giorni successivi alla data di ricevimento della comunicazione del recesso.

Trascorsi 60 giorni dalla Data di Conclusione del Contratto il Contraente può disdire il Contratto di Assicurazione in ogni momento, con le stesse modalità illustrate per il recesso. In questo caso il Contratto di Assicurazione cesserà alla mezzanotte del giorno precedente la scadenza della prima rata mensile successiva alla comunicazione della disdetta e le rate di Premio versate e maturate prima della richiesta di scioglimento del Contratto di Assicurazione, resteranno acquisite dall'Assicuratore.

La Compagnia avrà facoltà di disdire il Contratto di Assicurazione ad ogni scadenza annuale del Periodo Assicurativo Ricorrente, inviando la relativa disdetta almeno 60 (sessanta) giorni prima della data di scadenza rilevante tramite lettera raccomandata indirizzata all'ultimo domicilio comunicato dal Contraente.

Art. 5 Persone assicurabili. Limiti d'età

5.1 È assicurabile la persona fisica che al momento della conclusione del contratto:

- (i) sia residente in Italia; e**
- (ii) abbia un'età compresa tra i 18 (diciotto) ed i 65 (sessantacinque) anni non compiuti; e**
- (iii) non abbia già acquistato la presente Polizza in qualità di soggetto Assicurato; e**
- (iv) non presenti uno stato di invalidità pregressa superiore o uguale al 33% (trentatré per cento).**

5.2 Il limite massimo di età assicurabile è 65 (sessantacinque) anni.

Il contratto cessa in corrispondenza della scadenza dell'annualità durante la quale si è verificato il compimento del 65° anno di età del Contraente/Assicurato. La sopravvenuta cessazione del Contratto di Assicurazione a seguito del raggiungimento del limite di età da parte del Contraente/Assicurato sarà comunicata dall'Assicuratore al Contraente con lettera raccomandata da inviarsi almeno 30 gg. prima della data di cessazione del Contratto.

Art. 6 – Carenza

La garanzia Ricovero Ospedaliero conseguente ad un Infortunio non è soggetta ad alcun periodo di Carenza.

Nel caso di Ricovero Ospedaliero conseguente a Malattia, alla garanzia si applica un periodo di Carenza di 90 (novanta) giorni.

Successivamente ad un Ricovero Ospedaliero indennizzato dalla presente Polizza, si applica un Periodo di Riqualficazione, durante il quale eventuali nuovi Ricoveri Ospedalieri dell'Assicurato non vengono indennizzati dalla presente Polizza.

Il Periodo di riqualficazione dura:

- 90 giorni se i nuovi ricoveri sono determinati da cause diverse rispetto a quelle che hanno reso necessario il Ricovero Ospedaliero indennizzato**
- 180 giorni se i nuovi ricoveri sono determinati dalle stesse cause o da motivazioni che sono collegabili a quelle che hanno reso necessario il Ricovero ospedaliero indennizzato**

Art. 7 - Prestazione Assicurativa

L'Assicuratore liquida, per ciascun Assicurato che abbia subito un Ricovero Ospedaliero conseguente ad Infortunio o Malattia una diaria giornaliera pari all'ammontare indicato sul Certificato di Assicurazione, determinata sulla base del premio assicurativo prescelto dal Contraente nell'ambito delle opzioni offerte dall'Assicuratore,

La prestazione sarà erogata per la durata massima di

- 100 giorni nel caso di Ricovero Ospedaliero conseguente ad Infortunio;**
- 50 giorni nel caso di Ricovero Ospedaliero conseguente a Malattia.**

La diaria giornaliera sarà corrisposta in relazione a ciascun periodo di 24 ore consecutive di Ricovero Ospedaliero. Per periodi di Ricovero Ospedaliero inferiori alle 24 ore consecutive non sarà corrisposta alcuna diaria.

Art. 8 Esclusioni

Le Coperture sono escluse per i sinistri derivanti da o che siano conseguenti a:

a) dolo dell'Assicurato o del Beneficiario;

b) gli atti di terrorismo e gli stati di guerra, in qualsiasi circostanze. I sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici non sono escluse se l'Assicurato sia stato già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;

- c) *azioni intenzionali dell'Assicurato quali: suicidio dell'Assicurato (anche laddove questo avvenga nei primi due anni dalla Data di Conclusione); il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; i Sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati d'alcolismo acuto o cronico;*
- d) *incidenti aerei, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo;*
- e) *partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;*
- f) *stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;*
- g) *esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;*
- h) *pratica di Attività Sportive Professionistiche, della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;*
- i) *Infortuni o Malattie già verificatisi, nei 12 mesi precedenti alla Data di Decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;*
- j) *pratica, da parte dell'Assicurato, di qualsivoglia ulteriore attività pericolosa, quali a titolo esemplificativo: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, alpinismo con scalata di rocce, pareti o ghiacciai, speleologia, salto dal trampolino con sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, ippica, speleologia, immersione con autorespiratore, paracadutismo e sport aerei in genere.*
- k) *compimento intenzionale di un crimine o delitto o del tentativo di tali atti,*
- l) *trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;*
- m) *fratture causate direttamente o indirettamente da una malattia delle ossa;*
- n) *parto, gravidanza, aborto (spontaneo o procurato) o complicazioni derivanti da detti eventi.*

Art. 9 Beneficiari delle Prestazioni

Beneficiario irrevocabile delle Prestazioni liquidate in base alla garanzia Ricovero Ospedaliero conseguente ad Infortunio o Malattia è il Contraente.

Art. 10 Premio dell'assicurazione

Il Premio è annuo ed è pari all'importo indicato nel Certificato di Assicurazione.

Il Premio dovuto per ciascun Periodo Assicurativo Ricorrente, è indipendente dall'età e dal sesso dell'Assicurato, ed è dipendente dall'importo delle prestazioni e delle opzioni prescelte dal Contraente in relazione alle Garanzie Assicurative.

Il pagamento del Premio avverrà in rate mensili, da corrispondersi alla ricorrenza mensile della Data di Decorrenza. Il primo mese di copertura assicurativa è gratuito.

L'ammontare del Premio relativo a ciascun Periodo Assicurativo Ricorrente, così come l'ammontare delle singole rate mensili di Premio, sono indicati sul Certificato di Assicurazione e sono comprensivi dell'imposta di assicurazione.

Mancato pagamento del Premio

Se il Contraente non paga la prima rata di Premio stabilita dal contratto, l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore ventiquattro del giorno in cui il Contraente paga quanto è da lui dovuto ed eventuali Sinistri occorsi durante il periodo di sospensione non sono coperti.

Se alle scadenze convenute il Contraente non paga le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore ventiquattro del quindicesimo giorno dopo quello della scadenza ed eventuali Sinistri occorsi durante il periodo di sospensione non sono coperti.

Il Contratto sarà risolto laddove il Contraente non provveda a versare le rate mensili di Premio entro 90 giorni dalla data in cui gli stessi sono dovuti.

Il pagamento di un Premio sarà sempre convenzionalmente imputato al Periodo Assicurativo Ricorrente più antico, a prescindere dalle eventuali dichiarazioni del Contraente.

Art. 11 Limiti territoriali

Il Contratto di Assicurazione assicura copertura in relazione agli eventi verificatisi in qualsiasi località del Mondo.

Art. 12 Massimale

La Compagnia indennizza un numero massimo di giorni di ricovero per ciascun anno assicurato. L'importo erogato dipende dal piano scelto dal Contraente in fase di sottoscrizione e dall'evento che ha causato il ricovero.

Se il ricovero è dovuto ad infortunio, il numero massimo di giorni indennizzabili per anno assicurato è pari a 100.

Se il ricovero è dovuto a malattia, il numero massimo di giorni indennizzabili per anno assicurato è pari a 50.

Esempio di ammontare massimo delle Prestazioni erogabili dalla Compagnia:

Nell'ipotesi che il Contraente abbia scelto un piano che prevede un rimborso giornaliero pari a € 150

Il Massimale annuo è pari a € 15.000 per ricoveri dovuti ad infortunio e ad € 7.500 per ricoveri dovuti a malattia.

Art. 13 Denuncia dei Sinistri

AVVERTENZA IMPORTANTE:

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto inviando il modulo "Denuncia di sinistro" e tutta la documentazione richiesta dall'Assicuratore via email, all'indirizzo sinistri.clienti@it.cnpsantander.com oppure con Lettera Raccomandata con ricevuta di ritorno, all'indirizzo CNP Santander Insurance Europe DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia – Gestione Servizio Clienti e Ufficio Sinistri – Casella Postale n. 10015, CDP Milano ISOLA, c.a.p. 20159, Milano (MI).

Il Contraente o gli aventi diritto potranno richiedere il modulo Denuncia di Sinistro contattando il servizio clienti al n. 800 19 49 77 (Lun. - Ven. dalle ore 9.00 alle ore 18.00) o scrivendo all'indirizzo email sinistri.clienti@it.cnpsantander.com.

AVVERTENZA IMPORTANTE:

Il Contraente o gli aventi diritto dovranno allegare al modulo "Denuncia di sinistro" tutta la documentazione di seguito indicata relativa all'Assicurato, necessaria a verificare il diritto alla Prestazione:

- *Certificato del pronto soccorso o analoga certificazione medica, rilasciata entro 48 ore dall'evento;*
- *Copia conforme della cartella clinica;*

L'Assicuratore si riserva la facoltà e il diritto di richiedere, laddove necessario, la documentazione integrativa utile per verificare il diritto alla Prestazione.

In ogni caso, l'Assicuratore si riserva la facoltà di far sottoporre l'Assicurato ad accertamenti medici.

AVVERTENZA IMPORTANTE:

Le denunce di sinistro saranno considerate complete solamente al ricevimento di tutta la documentazione richiesta.

Il Contraente o gli aventi diritto possono chiedere ulteriori informazioni relativamente alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio dedicato al numero 800 19 49 77.

Art. 14 Liquidazione dei Sinistri

L'Assicuratore si impegna a liquidare il Sinistro coperto dalle Garanzie della Polizza, a seguito della ricezione di tutta la documentazione richiesta relativa allo stesso, entro 30 (trenta) giorni da tale ricezione.

La Compagnia non è tenuta a fornire alcuna copertura assicurativa e non è obbligata a liquidare alcun Sinistro o prestazione di cui al presente Contratto né a pagare alcuna pretesa, qualora la fornitura di tale copertura, la prestazione di tali benefici o il pagamento di tale pretesa possa esporla a qualsivoglia sanzione, divieto o restrizione in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, ovvero a sanzioni economiche o commerciali, dell'Unione Europea e/o di qualunque altra legge o regolamento applicabile concernente la repressione del terrorismo internazionale.

Art. 15 Modifiche contrattuali

L'Assicuratore potrà modificare unilateralmente i termini o le condizioni del Contratto di Assicurazione (ivi incluso l'ammontare del premio) laddove ricorra un giustificato motivo, quale a titolo esemplificativo:

- un incremento dei costi sostenuti dall'Assicuratore in relazione alla sua attività;
- un incremento del tasso d'inflazione (indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di operai e impiegati);
- una modifica del regime fiscale applicabile al Contratto di Assicurazione ovvero all'attività assicurativa;
- una modifica della normativa applicabile al Contratto di Assicurazione ovvero ai rischi oggetto di copertura.

Le modifiche unilaterali dovranno essere notificate al Contraente con un preavviso di almeno 60 giorni rispetto alla data di efficacia, fermo restando il diritto del Contraente di recedere dal Contratto di Assicurazione prima della data di efficacia delle modifiche.

Art. 16 Legge applicabile

La legge applicabile al Contratto di Assicurazione è quella italiana.

Art. 17 Comunicazioni

Fatto salvo quanto diversamente specificato, *tutte le comunicazioni da parte del Contraente all'Assicuratore (ad eccezione di quelle relative ai sinistri, per le quali si rinvia agli specifici articoli di questo Contratto di Assicurazione) dovranno essere fatte per iscritto al seguente indirizzo: CNP Santander Insurance Europe DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia, Casella Postale n. 10015, CDP Milano ISOLA, c.a.p. 20159, Milano (MI) fax n. 011 0133511; email assistenza.clienti@it.cnpsantander.com.*

Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dal Contraente.

Art. 18 Cessione dei diritti

Il Contraente non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalla Polizza.

Art. 19 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio**AVVERTENZA IMPORTANTE:**

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione, nonché la stessa cessazione della Polizza ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. Si richiama particolare attenzione sulle informazioni inerenti allo stato di salute dell'Assicurato che, richieste dall'Assicuratore all'atto dell'adesione alla Polizza, devono corrispondere a verità ed esattezza.

Art. 20 Foro competente. Controversie medico-legali

Per qualunque controversia derivante dall'applicazione o interpretazione del Contratto di Assicurazione, sorta tra l'Assicuratore e il Contraente/Assicurato, così come individuato nelle Condizioni di Assicurazione, foro competente è, in via esclusiva, quello del luogo di residenza o domicilio del Contraente/Assicurato.

Avvertenza: in caso di controversie di natura medico-legale, fermo restando il diritto di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici per decidere a norma e nei limiti delle disposizioni della Polizza.

Il Collegio risiede nel comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

Art. 21 Reclami

Reclami alla Compagnia

Eventuali reclami, riguardanti il rapporto contrattuale e / o la gestione dei sinistri, devono essere presentati per iscritto e inviati via posta, telefax o comunicazione di posta elettronica al seguente recapito: CNP Santander Insurance Europe DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia - Ufficio reclami, Casella Postale n. 10015, CDP Milano ISOLA, c.a.p. 20159, Milano (MI), fax 011 0133511; reclami.clienti@it.cnpsantander.co, specificando numero di polizza e, ove applicabile e/o disponibile, il numero di sinistro nonché una descrizione esaustiva della lamentela.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo alla Compagnia, o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, o in caso il reclamo non riguardi il rapporto contrattuale, ma il mancato adempimento delle disposizioni del Codice delle Assicurazioni e della relativa normativa d'implementazione da parte della Compagnia, potrà rivolgersi all'IVASS come indicato successivamente in questo articolo.

In caso di eventuale controversia, l'assicurato può comunque esperire il procedimento di mediazione (ai sensi del D. Lgs. n. 28 del 4 marzo 2010), che è condizione di procedibilità della domanda giudiziale relativa alla controversia riguardante il rapporto contrattuale.

Per la risoluzione di controversie transfrontaliere, i reclami potranno essere indirizzati al Financial Services Ombudsman's Bureau / Biúró an Ombudsman um Sheirbhís Airgeadais, richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET (http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm), o all'IVASS, richiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. L'IVASS procederà a informare il reclamante.

Reclami all'Intermediario

Eventuali reclami, riguardanti l'Intermediario che ha svolto l'attività di intermediazione, devono essere presentati per iscritto e inviati via posta, telefax o comunicazione di posta elettronica al seguente recapito: Santander Consumer Bank S.p.A. - Ufficio Reclami - corso Massimo d'Azeglio 33/E, 10126 Torino - Italia - fax 011 195 26 193 – email: reclami@santanderconsumer.it - PEC: reclami.santander@actaliscertymail.it, specificando numero di polizza e una descrizione esaustiva della lamentela.

Qualora il reclamante non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo all'Intermediario, o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'IVASS come indicato successivamente in questo articolo.

Reclami all'IVASS

Eventuali reclami da presentarsi all'IVASS vanno inviati a: IVASS Servizio tutela del consumatore, Via del Quirinale n. 21, 00187, Roma, fax 06.42133206, PEC: tutela.consumatore@pec.ivass.it, compilando l'apposito modulo reso disponibile dall'Autorità sul sito internet www.ivass.it.

Il reclamo deve indicare:

- nome, cognome, domicilio del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve ed esaustiva descrizione del motivo del reclamo;
- copia del reclamo presentato alla Compagnia e dell'eventuale riscontro ricevuto; e
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le relative circostanze.

Art. 22 Tutela dati - Informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR")

1. Finalità per le quali il trattamento dei dati dell'Interessato è necessario. Basi giuridiche del trattamento

1.1. L'Assicuratore, in qualità di titolare del trattamento, informa che i dati personali dell'aderente, dell'assicurato e dei beneficiari (di seguito gli "Interessati"), ivi compresi i dati sensibili (per esempio: informazioni sullo stato di salute) e giudiziari sono trattati per instaurare e dare esecuzione al contratto assicurativo e per soddisfare eventuali obblighi di legge, regolamentari o provvedimenti di autorità pubbliche o di organi di vigilanza e di controllo. Il trattamento dei dati personali non sensibili, in quanto necessario per l'esecuzione del contratto assicurativo e per soddisfare i predetti obblighi o provvedimenti, non richiede il consenso degli Interessati. Il trattamento dei dati sensibili avviene con il consenso degli Interessati. I dati personali degli Interessati in possesso dell'Assicuratore sono raccolti direttamente dagli Interessati o da terzi autorizzati dagli Interessati. In alternativa possono essere ottenuti come conseguenza del rapporto giudiziario tra l'Assicuratore e gli Interessati.

1.2. Il trattamento dei dati di ciascun Interessato è necessario per il conseguimento delle finalità di cui sopra. Un eventuale rifiuto di fornire i dati personali, o un eventuale rifiuto del consenso a tali trattamenti (ove necessario), seppur legittimi, potrebbero compromettere l'instaurazione e/o il regolare svolgimento del rapporto contrattuale.

2. Modalità del trattamento

I dati personali degli Interessati sono trattati (attraverso la raccolta, conservazione, utilizzo, comunicazione ai soggetti indicati al punto 3 e alle autorità pubbliche e agli organi di vigilanza) mediante strumenti manuali e con l'ausilio di mezzi informatici ed elettronici o comunque automatizzati. Nel rispetto dei principi di proporzionalità e necessità, i dati non saranno conservati per periodi più lunghi rispetto a quelli indispensabili alla realizzazione delle finalità sopra indicate e, dunque, al diligente svolgimento dei servizi sollecitati da parte dell'utente. In particolare i dati personali trattati per finalità contrattuali sono trattati per il tempo strettamente necessario a conseguire gli scopi per cui sono stati raccolti e potranno essere conservati per un periodo di 10 (dieci) anni dalla perdita di efficacia del rapporto contrattuale al fine di gestire ed evadere le richieste delle autorità competenti, gestire eventuali contenziosi giudiziali e/o stragiudiziali, nonché gestire e rispondere a eventuali richieste di risarcimento del danno. In ogni caso e a seconda della specifica finalità di trattamento e tipologia di dato trattato, la possibilità di una loro ulteriore conservazione in adempimento a eventuali obblighi di legge o per la tutela di ipotetici diritti in sede giudiziaria e per la gestione di eventuali contenziosi stragiudiziali. L'Assicuratore ha adottato specifiche misure di sicurezza per garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati e per prevenirne la perdita, usi illeciti o non corretti ed accessi non autorizzati, nel rispetto del GDPR.

L'Assicuratore non utilizza processi decisionali automatizzati, compresa la profilatura.

3. Comunicazione di dati. Destinatari e/o categorie di destinatari.

3.1. I responsabili del trattamento e gli incaricati del trattamento dell'Assicuratore potranno venire a conoscenza dei dati personali degli Interessati nell'esercizio delle loro funzioni.

3.2. I dati personali raccolti per il raggiungimento delle finalità indicate potranno inoltre essere comunicati:

- a) per quanto di loro specifica competenza, a persone fisiche e/o giuridiche aventi finalità commerciali e/o di gestione dei sistemi informativi dell'Assicuratore e/o a soggetti che svolgono specifici servizi per conto dell'Assicuratore (es. servizi legali, servizi informatici, servizi di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla/dalla clientela; servizi di assistenza alla clientela anche tramite call center; servizi di archiviazione della documentazione, servizi di assistenza alla clientela; servizi per la gestione e il controllo delle frodi; attività di controllo, revisione e certificazione delle attività dell'Assicuratore; servizi di recupero crediti, servizi bancari, finanziari o assicurativi);
- b) ai soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa" (per esempio: intermediari; riassicuratori; coassicuratori);
- c) ai soggetti che distribuiscono i prodotti e i servizi dell'Assicuratore;
- d) a CNP Assurances S.A. ed alle società appartenenti al Gruppo Santander, o comunque ad esso collegate.

3.3. I soggetti cui i dati personali dell'Interessato possono essere comunicati sono riportati in un elenco aggiornato, disponibile presso la sede dell'Assicuratore. Tali soggetti utilizzeranno i dati personali ricevuti in qualità di autonomi "Titolari del trattamento" ovvero di "Responsabili del trattamento".

3.4. La comunicazione potrà avvenire, nel caso in cui taluno dei predetti soggetti risieda all'estero, anche al di fuori dell'UE, restando in ogni caso fermo il rispetto delle prescrizioni del GDPR e nei limiti di quanto indicato al successivo punto 4.2.

4. Diffusione dei dati e trasferimento dei dati all'estero

4.1. I dati personali degli Interessati non saranno diffusi.

4.2. Ove necessario per le finalità indicate, i dati personali conferiti potranno essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea o Paesi che offrono una tutela simile o equivalente a quella garantita dal GDPR, riconosciuta da una decisione di adeguatezza della competente autorità, ovvero adottando garanzie adeguate (quali clausole contrattuali tipo o norme vincolanti d'impresa). In caso di trasferimento in virtù di garanzie adeguate, maggiori dettagli su tali garanzie possono essere richieste ai titolari, ai recapiti sotto indicati al punto 5.

5. Diritti degli Interessati

Ciascun Interessato ha diritto, in ogni momento, di ottenere conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano, e, nel caso, di avere accesso ai dati e di conoscere quali sono i propri dati personali trattati presso l'Assicuratore, gli estremi identificativi del titolare del trattamento e dei relativi responsabili, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali sono stati e/o possono essere comunicati in qualità di titolari o che possono venire a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati (e in particolare se vi siano destinatari di Paesi non appartenenti all'Unione Europea o organizzazioni internazionali e le garanzie applicate al riguardo), le finalità del trattamento, il periodo di conservazione (o i criteri per determinarlo), l'esistenza del diritto di rettifica, cancellazione, limitazione o opposizione, l'origine dei dati (se non raccolti presso l'Interessato), il diritto di proporre reclamo ad un'autorità di controllo, informazioni circa eventuali processi decisionali automatizzati. L'Interessato ha inoltre il diritto a fare aggiornare, integrare, rettificare, cancellare, e a chiedere la limitazione od opporsi al trattamento dei propri dati personali, nonché a revocare il consenso prestato. Laddove il trattamento dei dati sia necessario per l'esecuzione di obblighi contrattuali, la revoca del consenso (ove comunque il trattamento avvenga sulla base del consenso) può impedire l'adempimento di obblighi contrattuali nei confronti dell'Interessato. L'Interessato ha inoltre diritto alla portabilità dei propri dati personali, secondo quanto stabilito dal GDPR.

Per ottenere ulteriori informazioni sul trattamento dei dati personali e per l'esercizio dei diritti indicati sopra, l'Interessato può rivolgersi ai titolari del trattamento, CNP Santander Insurance Europe DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia, ai seguenti recapiti: Casella Postale n. 10015, CDP Milano ISOLA, c.a.p. 20159, Milano (MI), fax. n. 011 0133511; email: privacy.clienti@cnpsantander.com.

L'Interessato può altresì rivolgersi al responsabile per la protezione dei dati (o Data Protection Officer), ai seguenti recapiti: Data Protection Officer, CNP Santander Insurance Europe DAC, 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2, Irlanda; email: dataprotectionofficer@cnpsantander.com.

6. Reclami

In relazione a situazioni che rappresentino una violazione del GDPR e/o comunque dei suoi diritti relativi al trattamento dei dati personali, l'Interessato ha diritto di proporre reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, mediante a) raccomandata A/R indirizzata a Garante per la protezione dei dati personali, Piazza di Monte Citorio, 121 00186 Roma; b) e-mail all'indirizzo: garante@gpdp.it, oppure protocollo@pec.gpdp.it; o c) fax al numero: 06.69677.3785.

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

relativo alla Polizza contro il rischio di Ricovero Ospedaliero Protezione Salute +,
emessa da CNP Santander Insurance Europe DAC - Rappresentanza Generale per l'Italia

Numero di polizza:

Data di Decorrenza/Data di Conclusione del Contratto:

Periodo Assicurativo Ricorrente: anno

Durata Contratto: a tempo indeterminato

Diaria giornaliera in caso di Ricovero Ospedaliero (in euro), per ciascun periodo di 24 ore consecutive: _____

Premio mensile:

Il/la sottoscritto/a Signor/a

Cognome e nome _____ Codice Fiscale _____

Data di nascita _____ Sesso _____ Luogo di Nascita _____ Prov. _____

Indirizzo

Via/Piazza _____ n° _____ Città: _____ Prov _____ c.a.p. _____ Stato _____

Confermando di: (A) aver preso visione e di aver ricevuto, in forma cartacea e prima della sottoscrizione della presente dichiarazione, nonché accettato: (i) le Condizioni di Assicurazione relative alla Polizza **3Centosesanta° PROTEZIONE SALUTE +** e (ii) la documentazione informativa precontrattuale di cui all'Art. 56 del Regolamento IVASS n.40/2018, nonché di (B) essere informato che il Contratto di Assicurazione è validamente concluso anche laddove il presente certificato non sia sottoscritto e restituito all'Assicuratore; (C) aver aderito telefonicamente alla Polizza, richiedendo l'immediata attivazione della stessa; (D) aver autorizzato l'Assicuratore a conservare la registrazione della telefonata; (E) di aver fornito le informazioni necessarie ad effettuare la valutazione di adeguatezza; (F) essere stato informato che il contratto è a tempo indeterminato; (G) essere stato informato che non può essere acquistata più di una Polizza a copertura del medesimo Assicurato; (H) essere consapevole che eventuali comunicazioni rese dalla Compagnia nel corso del rapporto contrattuale potranno essere effettuate in formato elettronico via email; tal modalità può sempre essere modificata a discrezione dell'Assicurato.

DICHIARA

- di aver aderito alla Polizza suddetta, indicando come Assicurato se stesso/a.

Ai fini dell'efficacia di tale adesione, il Contraente/Assicurato dichiara:

- che ogni dichiarazione rilasciata all'Assicuratore è stata resa con accuratezza e non contiene dichiarazioni false o fuorvianti;

- di non presentare, alla Data di Conclusione, uno stato di Invalidità pregressa superiore o uguale al 33% (trentatré per cento) ai sensi del T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche ed integrazioni.

Si richiama l'attenzione sulla circostanza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto che fornisce le informazioni richieste per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

Firma del Contraente/Assicurato _____

Il Contraente dichiara di approvare specificamente, ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del Codice Civile, le condizioni concernenti la copertura assicurativa ed, in particolare, gli artt. 5 "Persone assicurabili. Limiti d'età", 6 "Carenza" 8 "Esclusioni", 9 "Beneficiari delle Prestazioni", 13 "Denuncia dei sinistri", 18 "Cessione dei diritti", 19 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio", 20 "Foro competente. Controversie Medico-Legali" delle Condizioni di Assicurazione.

Firma del Contraente/Assicurato _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Art. 6, par- 1, lett a) e art. 9, par. 2, let- a) del Regolamento (UE) 2016/679)

Ho preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali di cui all'art 22 delle Condizioni di Assicurazione, fornitami, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 ("GDPR"), da CNP Santander Insurance Europe DAC - Rappresentanza Generale per l'Italia, che mi impegno a rendere nota agli altri interessati. Sono consapevole che il mancato consenso al trattamento dei dati personali, sensibili e/o giudiziari, necessari alla Compagnia per le finalità ivi illustrate, comporta l'impossibilità di dare esecuzione al rapporto contrattuale. Esprimo il mio consenso al trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli sensibili e/o giudiziari, per le finalità e con le modalità illustrate nell'informativa ricevuta.

Luogo _____ Firma del Contraente/Assicurato _____

Data _____ / _____ / _____

Termini e condizioni

INFORMAZIONI GENERALI

OneNet® è un marchio registrato di proprietà di Aon Hewitt Risk & Consulting S.r.l. OneNET® non è un prodotto assicurativo, ma una rete di strutture sanitarie che offre sconti su prestazioni sanitarie.

Gli aventi diritto a OneNET ® ricevono sconti e/o applicazione di tariffe di favore sui trattamenti odontoiatrici poiché beneficiano dell'applicazione di tariffe di favore contrattualizzati tra Aon Hewitt Risk & Consulting S.r.l. (di seguito **"Aon Hewitt"**) e i singoli studi dentistici (di seguito gli **"Studi"**).

È possibile richiedere i tariffe contattando Aon Hewitt direttamente tramite il sito Web, per posta o per telefono.

Con l'esclusione della Pulizia Dentale specificata al punto 7, pur compresa nelle Prestazioni di seguito definite, ogni avente diritto all'utilizzo di OneNET sarà obbligato al pagamento di eventuali trattamenti non previsti dalla copertura Protezione Salute + Dental Service di CNP Santander Insurance Europe DAC (di seguito la **"Copertura"**) ma, potrà beneficiare della tariffa di favore che gli Studi aderenti a OneNET hanno contrattualizzato con Aon Hewitt.

I seguenti termini e condizioni di utilizzo di OneNET (il **"Network"**) si applicano all'aderente il cui nome è elencato nel numero ID della Copertura (di seguito l'**"Iscritto"**) e nella Guida.

1. Aon Hewitt non viene ricompensato dagli Studi al Network per eventuali prestazioni erogate (di seguito le **"Prestazioni"**) a qualsiasi Iscritto. Aon Hewitt non è un assicuratore, un garante o un sottoscrittore di alcun servizio fornito nell'ambito della Copertura. Gli Iscritti prendono accordi diretti con gli Studi per le Prestazioni e sono responsabili per il loro intero costo. Aon Hewitt non sarà in alcun caso responsabile per alcun pagamento ad uno Studio facente parte del Network.
2. Gli Studi associati al Network sono non sono né dipendenti né agenti di Aon Hewitt e/o di sue consociate, sussidiarie o affiliate. L'elenco degli Studi aderenti al Network è disponibile online all'indirizzo www.onecare.aon.it nell'area riservata agli Iscritti. La disponibilità di uno Studio aderente al Network non può essere garantita e la composizione del Network può essere soggetta a modifiche senza alcun preavviso.
- Aon Hewitt non fornisce cure odontoiatriche e non è responsabile per i relative Prestazioni. Tutte le Prestazioni sono a carico dello Studio, in accordo con l'Iscritto. La scelta dello Studio è responsabilità dell'Iscritto.
3. Gli Studi associati al Network hanno concordato delle prestazioni scontate o l'applicazione di una tariffa fissa. Il termine "scontato" indica che la prestazione è economicamente scontata rispetto ai normali costi applicati dallo Studio.
4. Aon Hewitt possiede una piattaforma informatica (di seguito **"OneCare"**) finalizzata ad offrire agli Iscritti l'accesso riservato alle Prestazioni a prezzi scontati.
5. OneCare è un innovativo portale che consente all'Iscritto un accesso immediato e intuitivo alle Prestazioni, attraverso il quale i professionisti e le strutture sanitarie più adatte alle necessità dell'Iscritto possono essere facilmente identificate.

6. Durante il periodo di validità della Copertura, l'Iscritto ha diritto di ricevere solamente una volta all'anno, una prestazione di Pulizia Dentale, senza alcun costo per l'Iscritto e a solo carico di Aon Hewitt.

7. Trascorso un periodo di almeno 60 giorni dalla data di adesione alla Copertura, e a condizione che la Copertura rimanga in vigore, l'Iscritto ha diritto di ricevere la pulizia dentale come indicato al precedente punto 6.

Per accedere a tale servizio senza alcun costo l'Iscritto deve contattare il customer service al numero 800.864.568 oppure tramite email: prenotazioni.onecare@aon.it. Se la Copertura si estingue o termina per qualsiasi motivo, il diritto di beneficiare della Pulizia Dentale cessa con effetto dalla data del termine della Copertura.

8. Nel caso in cui l'Iscritto si trovi impossibilitato ad effettuare il trattamento di Pulizia Dentale già prenotato, lo stesso potrà richiederne la cancellazione 3 giorni prima del giorno fissato per l'appuntamento contattando il numero 800.864.568 oppure la email: prenotazioni.onecare@aon.it.

9. Si precisa che l'Iscritto potrà modificare la data prescelta per l'esecuzione della Pulizia Dentale per un massimo di due volte in ciascun anno. Nel caso in cui il periodo di preavviso minimo di 3 giorni non sia rispettato, l'Iscritto potrà richiedere la modifica della data dell'appuntamento per la Pulizia Dentale una sola volta all'anno. Nel caso di superamento dei limiti sopra indicati, l'Iscritto perderà il diritto alla Pulizia Dentale annuale gratuita descritta al punto 6.

10. Aon Hewitt si riserva il diritto di togliere dal Network ogni eventuale Studio associato allo stesso. Aon Hewitt pertanto non può garantire la continuità di associazione di ciascuno Studio al Network. Nel caso in cui un lo Studio lasci il Network, l'Iscritto che ha iniziato una Prestazione dovrà selezionare un altro Studio facente parte del Network se intende continuare a godere delle prestazioni scontate. L'elenco degli Studi affiliati al Network è disponibile online all'indirizzo www.onecare.aon.it nell'area riservata agli Iscritti. La guida all'utilizzo del Network è disponibile all'indirizzo www.cnpsantander.it

11. Sono a disposizione degli Iscritti i seguenti contatti:

Tel. 800.864.568;

E-mail: prenotazioni.onecare@aon.it.