

Polizza di assicurazione contro il rischio conseguente a Infortunio



Documento informativo relativo al prodotto assicurativo

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 INFORTUNI E SALUTE

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è ?

È una polizza che ti tutela, con un indennizzo il cui importo è indicato nel certificato di assicurazione, in caso di Decesso, Invalidità Permanente o Ricovero Ospedaliero conseguenti ad Infortunio.



Che cosa è assicurato?

- ✓ Il Decesso, l'Invalidità Permanente e il Ricovero Ospedaliero conseguenti ad infortunio.

Al verificarsi dell'evento Decesso o Invalidità Permanente l'Assicuratore pagherà una somma pari all'indennizzo indicato nel certificato di assicurazione, determinato sulla base del premio assicurativo prescelto. Nel caso in cui l'Assicurato muoia in seguito a Infortunio occorso in occasione di un incidente stradale, l'indennizzo corrisposto dall'Assicuratore sarà raddoppiato.

In caso di Ricovero Ospedaliero l'Assicuratore liquida una diaria giornaliera pari all'ammontare indicato sul Certificato di Assicurazione.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Le coperture non sono soggette ad un periodo di carenza (periodo durante il quale l'efficacia della copertura non opera)
- ! Invalidità Permanente: non deve essere inferiore al 60% e deve verificarsi entro i 2 anni successivi alla data di infortunio;
- ! La diaria giornaliera è corrisposta in relazione a ciascun periodo di 24 ore consecutive di Ricovero Ospedaliero e per massimo 100 giorni; per periodi di Ricovero Ospedaliero inferiori alle 24 ore consecutive non è corrisposta alcuna diaria.
- ! L'ammontare massimo delle Prestazioni pagabili dalla Compagnia per le Garanzie prestate ai sensi della presente Polizza non eccederà mai l'ammontare complessivo di Euro 200.000.



Cosa non è assicurato?

- ✗ Il dolo dell'Assicurato o del Beneficiario;
- ✗ sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, ed eccezion fatta, in ogni caso, per i sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici se e in quanto l'Assicurato sia stato già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;
- ✗ sinistri conseguenti ad 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;
- ✗ sinistri conseguenti ad incidente aereo, 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;
- ✗ sinistri che siano diretta conseguenza di stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
- ✗ sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;
- ✗ sinistri che siano conseguenza diretta della pratica di Attività Sportive Professionistiche, della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;
- ✗ sinistri che siano conseguenza di Infortuni già verificatisi, alla Data di Decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;
- ✗ sinistri che siano conseguenza della 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;
- ✗ sinistri che siano conseguenza del compimento intenzionale di un crimine o delitto o del tentativo di tali atti;
- ✗ sinistri che siano conseguenza di trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- ✗ la copertura Ricovero Ospedaliero è esclusa in caso di fratture causate direttamente o indirettamente da una malattia delle ossa (ad esempio osteoporosi o osteogenesi imperfetta).



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 70° anno di età da parte dell'Assicurato;
- in caso di decesso 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.

FASCICOLO INFORMATIVO

Redatto ai sensi del Regolamento IVASS del 26-05-2010 n. 35

Polizza Assicurativa contro i rischi di Morte, Invalidità Permanente e Ricovero Ospedaliero conseguenti ad Infortunio

(data dell'ultimo aggiornamento: 25/05/2018)

3Centosesanta° PROTEZIONE INFORTUNI E SALUTE

Il presente Fascicolo Informativo, contenente i seguenti documenti:

- 1) Nota Informativa
- 2) Glossario
- 3) Condizioni di Assicurazione
- 4) Certificato di Assicurazione

deve essere consegnato al Contraente prima che questi sia vincolato dal Contratto di assicurazione a distanza

Prestazioni di Assistenza Allianz Global Assistance

Con la sottoscrizione del presente contratto sono messe gratuitamente a disposizione dell'Assicurato le prestazioni di assistenza di Allianz Global Assistance tramite la Centrale Operativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l. – Piazzale Lodi 3, CAP 20137, Milano ITALIA.

Tel.: 02/23.695.1 – Sito Internet: www.allianz-global-assistance.it – e-mail: info@allianz-assistance.it alle condizioni e secondo le modalità elencate nelle "Condizioni di assicurazione delle prestazioni di Assistenza Allianz Global Assistance" a cui si rinvia per gli aspetti di dettaglio.

NOTA INFORMATIVA

Polizza Assicurativa contro i rischi di Morte, Invalidità Permanente e Ricovero Ospedaliero conseguenti ad Infortunio

3Centosesanta° PROTEZIONE INFORTUNI E SALUTE

Data ultimo aggiornamento 25/05/2018

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni Generali e Particolari di Assicurazione deve essere consegnato al Contraente prima che questi sia vincolato dal Contratto di assicurazione a distanza.

In conformità con l'art. 166 del Codice delle assicurazioni e con le relative disposizioni di attuazione, le clausole che indicano, tra l'altro, decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del contraente o dell'assicurato sono riportate attraverso caratteri di particolare evidenza (grassetto e corsivo).

A - INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni Generali

Le garanzie Decesso o Invalidità Permanente conseguente ad Infortunio e Ricovero Ospedaliero conseguente ad Infortunio sono prestate dalla seguente compagnia:

Impresa: CNP Santander Insurance Europe DAC, società appartenente al gruppo CNP Assurances S.A..

Sede sociale e direzione generale: 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street, Dublin 2 (Irlanda).

La presente Polizza 360° Protezione Infortuni stipulata con la Rappresentanza Generale per l'Italia di CNP Santander Insurance Europe DAC, avente sede legale in corso Massimo d'Azeglio 33/E, c.a.p. 10126, Torino (TO), 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, società soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di Santander Insurance Holding CNP Assurances S.A., operante in Italia in regime di stabilimento e soggetta alla vigilanza dell'Autorità irlandese Central Bank of Ireland.

Telefono: 800 19 49 77; e-mail: Italia.filiale@it.cnpsantander.com

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

CNP Santander Insurance Europe DAC ha un Patrimonio Netto pari a € 130.035.943 di cui € 53.000.000 è il Capitale Sociale e € 77.035.943 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 131%.

B - INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

La Polizza è stipulata a tempo indeterminato, suddivisa in Periodi Assicurativi Ricorrenti di durata annuale; il Contraente avrà facoltà di 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.

La Compagnia avrà facoltà di disdire il Contratto di Assicurazione ad ogni scadenza annuale del Periodo Assicurativo Ricorrente, inviando la relativa disdetta (secondo le modalità indicate nel Contratto di Assicurazione) almeno 60 (sessanta) giorni prima della data di scadenza rilevante.

Si rinvia all'art. 2 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

Le Coperture Danni prestate in forza della presente Polizza da CNP Santander Insurance Europe DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia, costituiscono un unico ed inscindibile Pacchetto Assicurativo.

3.1 La Polizza offre le seguenti Coperture assicurative:

a) Prestazioni in caso di Decesso in conseguenza di Infortunio

Il rischio coperto è il rischio di Decesso in conseguenza di un Infortunio.

Si rinvia alle Condizioni Generali e Particolari di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio delle singole Prestazioni e Coperture.

Avvertenza: sono previste limitazioni ed esclusioni che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento della Prestazione. Per maggior dettaglio si rinvia agli artt. 5 "Persone assicurabili e limiti d'età" e 6 "Esclusioni" delle Condizioni Generali di Assicurazione e agli artt. 1 "Rischio Assicurato", 2 "Prestazione assicurativa" e 4 "Esclusioni" delle Condizioni Particolari di Assicurazione delle Coperture Decesso in conseguenza di Infortunio, così come alle Definizioni per una maggiore chiarezza terminologica.

Avvertenza: si richiama l'attenzione del Contraente e dell'Assicurato sulla necessità di leggere le raccomandazioni e avvertenze contenute nel Certificato di Assicurazione relative alle informazioni rese dal Contraente/Assicurato sul suo stato di salute.

b) Invalidità Permanente da Infortunio

Il rischio coperto è l'Invalidità Permanente in conseguenza di un Infortunio.

L'Assicuratore corrisponde l'Indennizzo indicato nel Certificato di Assicurazione, determinato sulla base del premio assicurativo prescelto dal Contraente, nell'ambito delle opzioni offerte dall'Assicuratore.

Avvertenza: alla Copertura Invalidità Permanente conseguente ad Infortunio non si applica un periodo di Carenza e di Franchigia. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia alle Condizioni Particolari di Assicurazione della Copertura Invalidità Permanente da Infortunio così come al Glossario per una maggiore chiarezza terminologica.

c) Ricovero Ospedaliero conseguente ad Infortunio

Il rischio coperto è il rischio di Ricovero Ospedaliero in conseguenza di un Infortunio.

L'Assicuratore corrisponde la diaria giornaliera indicata nel Certificato di Assicurazione, determinata sulla base del premio assicurativo prescelto dal Contraente, nell'ambito delle opzioni offerte dall'Assicuratore. La diaria giornaliera sarà corrisposta in relazione a ciascun periodo di 24 ore consecutive di Ricovero Ospedaliero conseguente ad un Infortunio. Per periodi di Ricovero Ospedaliero inferiori alle 24 ore consecutive non sarà corrisposta alcuna diaria.

Avvertenza: alla Copertura Ricovero Ospedaliero conseguente ad Infortunio non si applica un periodo di Carenza e di Franchigia. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia alle Condizioni Particolari di Assicurazione della Copertura Ricovero Ospedaliero conseguente ad Infortunio così come al Glossario per una maggiore chiarezza terminologica.

3.2 Avvertenza relative alle Coperture:

È previsto un limite massimo di età assicurabile, indicato nell'art. 5 delle Condizioni Generali di assicurazione.

Le coperture indicate non operano in presenza delle cause di esclusione elencate nell'art. 6 delle Condizioni Generali di assicurazione e all'art. 4 delle Condizioni Particolari di Assicurazione della Copertura Decesso e Invalidità Permanente conseguente ad Infortuni.

Avvertenza: Si richiama l'attenzione sulle disposizioni contenenti massimali alle coperture assicurative e si rinvia all'art. 10 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Esemplificazioni:

Il Massimale è la somma fino alla cui concorrenza l'Assicuratore presta le Garanzie.

Ad esempio: nel caso in cui sia previsto un Massimale pari a Euro 100.000,00 (centomila) e il valore Sinistro denunciato ammonti a Euro 120.000,00 (centoventimila), l'Assicuratore corrisponderà un Indennizzo di importo pari, al massimo, a Euro 100.000,00 (centomila).

4. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio

Avvertenza: in sede di conclusione del contratto, e fino alla data di cessazione della Garanzia, l'Assicurato 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. Si rinvia all'art. 13 delle Condizioni Generali di Assicurazione per gli aspetti di dettaglio relativi alle conseguenze.

Avvertenza: si richiama l'attenzione del Contraente e 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.

5. Premi

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 dalle 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.

Il contratto non prevede il diritto di riscatto del premio versato.

6. Diritto di recesso

Avvertenza: il Contraente può recedere dal Contratto di Assicurazione 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, c.a.p. 20159, Milano (MI), oppure comunicando la propria volontà al Numero Verde 800 19 49 77.

Non è ammesso il recesso dalle singole Coperture, le quali sono offerte solo congiuntamente e costituiscono l'intero Pacchetto Assicurativo pertanto, il recesso esercitato ai sensi del presente articolo si estende automaticamente a tutte le Coperture.

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

L'art. 4 delle Condizioni di Assicurazione regola i termini e le modalità per l'esercizio di tale diritto.

Il Contraente può 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. La Compagnia avrà facoltà di disdire il Contratto di Assicurazione ad ogni scadenza annuale del Periodo Assicurativo Ricorrente, inviando la relativa disdetta (secondo le modalità indicate nel Contratto di Assicurazione) almeno -60 (sessanta) giorni prima della data di scadenza rilevante.

7. Prescrizione dei diritti derivanti dal contratto

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.

8. Legge applicabile e lingua del contratto

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana. La lingua in cui sono comunicate le condizioni contrattuali e le informazioni preliminari e con cui le Parti effettueranno qualsivoglia comunicazione per la durata delle Coperture è l'italiano.

9. Regime fiscale

Il contratto, stipulato in Italia con soggetti ivi residenti, è soggetto alla normativa fiscale italiana che prevede, in relazione alla Copertura offerta da CNP Santander Insurance Europe DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia, un'imposta sui premi versati nella misura del 2,50% (due virgola cinquanta percento) del relativo Premio imponibile e una detrazione di imposta sul reddito delle persone fisiche (IRPEF) nella misura del 19% (diciannove percento) dei premi versati entro i limiti previsti dalla normativa vigente. La detrazione è riconosciuta nei limiti anzidetti al Contraente;

Al verificarsi del sinistro è comunque opportuno verificare eventuali modifiche ove successivamente intervenute nella normativa fiscale.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

10. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo

Avvertenza: nelle Condizioni Generali di Assicurazione sono previste modalità e termini per la denuncia dei sinistri.

Il Contraente o gli aventi diritto possono chiedere informazioni relative alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio Clienti al numero 800 19 49 77 (Lun. - Ven. dalle ore 9.00 alle ore 18.00) o scrivendo all'indirizzo email: sinistri.clienti@it.cnpsantander.com.

Gli artt. 11 e 12 delle Condizioni Generali di Assicurazione, l'art. 5 delle Condizioni Particolari di Assicurazione delle Coperture Invalidità Permanente da Infortunio e Ricovero Ospedaliero conseguente ad Infortunio riportano le indicazioni di dettaglio relative alla procedura liquidativa.

11. 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.com, 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.

12. Arbitrato

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 Convenzione di riferimento.

Il Collegio risiede nel comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato. Per maggior dettaglio si rinvia all'art. 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

CNP SANTANDER INSURANCE EUROPE DAC È RESPONSABILE DELLA VERIDICITÀ E DELLA COMPLETEZZA DEI DATI E DELLE NOTIZIE CONTENUTI NELLA PRESENTE NOTA INFORMATIVA

CNP Santander Insurance Europe DAC
Il Rappresentante Generale per l'Italia

Marcello Bonelli



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.

Cose - Sia gli oggetti materiali che gli animali.

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 GENERALI DI ASSICURAZIONE

Polizza Assicurativa contro i rischi di Morte, Invalidità Permanente e Ricovero Ospedaliero conseguenti ad Infortunio

3Centosesanta° PROTEZIONE INFORTUNI E SALUTE

Data ultimo aggiornamento 25/05/2018

Definizioni

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

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

Assicuratore – Compagnia: Per le Garanzie Decesso conseguente ad Infortunio, Invalidità Permanente conseguente ad Infortunio e Ricovero Ospedaliero conseguente ad Infortunio: **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 al Pacchetto Assicurativo, 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 Decesso conseguente ad Infortunio, la garanzia Invalidità Permanente da Infortunio e la garanzia Ricovero Ospedaliero conseguente ad Infortunio.

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

Decesso: La morte dell'Assicurato in conseguenza di un Infortunio.

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

Fascicolo informativo: Documento previsto dal Regolamento IVASS 35/2010 da consegnare al Contraente successivamente alla conclusione del contratto per via telefonica e prima della sottoscrizione del Contratto di Assicurazione a cura del Contraente, contenente la Nota Informativa, il Glossario, le Condizioni Generali e Particolari di Assicurazione ed il Certificato 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.

Invalidità Permanente: Perdita definitiva ed irrimediabile da parte dell'Assicurato, della capacità di attendere ad un qualsiasi lavoro proficuo, indipendentemente dalla normale attività svolta, per una percentuale pari o superiore al 60% (sessanta per cento).

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.

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

Pacchetto Assicurativo: Insieme delle Coperture Danni offerte dalla Polizza.

Parti: Il Contraente/ l'Assicurato e l'Assicuratore.

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.

Polizza: La presente Polizza assicurativa, stipulata fra il Contraente 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.

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 Decesso dell'Assicurato.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Polizza Assicurativa contro i rischi di Morte, Invalidità Permanente e Ricovero Ospedaliero conseguenti ad Infortunio

3Centosesanta° PROTEZIONE INFORTUNI E SALUTE

Data ultimo aggiornamento 25/05/2018

Art. 1 Oggetto della copertura

L'Assicuratore riconosce al Contraente, *alle condizioni previste nelle presenti Condizioni Generali e nelle Condizioni Particolari di assicurazione*, le seguenti Coperture Danni, valide in tutti i Paesi del Mondo:

- Copertura per Decesso in conseguenza di un Infortunio;
- Copertura per Invalidità Permanente da Infortunio;
- Copertura contro il rischio di Ricovero Ospedaliero conseguente ad Infortunio.

Le Garanzie sopra elencate, che costituiscono il Pacchetto Assicurativo, sono offerte solo congiuntamente.

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 dai Regolamenti Ivass n. 5 e n. 34.

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 al Pacchetto Assicurativo 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) in ogni caso, a seguito di liquidazione di una delle prestazioni previste in caso di Decesso in conseguenza di un Infortunio o di Invalidità Permanente a seguito di Infortunio;
- b) su iniziativa del Contraente, ai sensi del successivo art. 4 del presente Contratto di Assicurazione;
- c) 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;
- d) alla prima scadenza del Periodo Assicurativo Ricorrente immediatamente successiva al raggiungimento dei limiti di età di cui all'art. 5 delle presenti Condizioni Generali di Assicurazione da parte del Contraente;
- e) laddove l'ammontare massimo delle Prestazioni erogate dalla Compagnia estingua il Massimale di cui all'art. 10 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 4 Diritto di recesso dalle Coperture assicurative

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, 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.

Il Contraente può 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.

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 percento).

5.2 Il limite massimo di età assicurabile è 70 (settanta) anni.

Il contratto cessa in corrispondenza della scadenza dell'annualità durante la quale si è verificato il compimento del 70° 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 Esclusioni

Le Coperture sono escluse nei seguenti casi:

- a) dolo dell'Assicurato o del Beneficiario;*
- b) sinistri avvenuti in relazione ad uno stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, ivi inclusi, in via esemplificativa, la guerra civile, l'insurrezione, gli atti di terrorismo, l'occupazione militare e l'invasione, ed eccezion fatta, in ogni caso, per i sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici se e in quanto l'Assicurato sia stato già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;*
- c) sinistri conseguenti ad 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) sinistri conseguenti ad incidente aereo, 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) sinistri che siano diretta conseguenza di stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;*
- g) sinistri che siano conseguenza diretta o indiretta di esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;*
- h) sinistri che siano conseguenza diretta della pratica di Attività Sportive Professionistiche, della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;*
- i) sinistri che siano conseguenza di Infortuni già verificatisi, anche se non noti o diagnosticati, alla Data di Decorrenza dell'assicurazione e loro seguiti, conseguenze e postumi;*
- j) sinistri che siano conseguenza della 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) sinistri che siano conseguenza del compimento intenzionale di un crimine o delitto o del tentativo di tali atti,*
- l) sinistri che siano conseguenza di trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura.*

Per maggiori informazioni circa le specifiche esclusioni previste per le singole Coperture si rimanda alle Condizioni Particolari di Assicurazione.

Art. 7 Beneficiari delle Prestazioni

Beneficiario irrevocabile delle Prestazioni liquidate in base alle garanzie Invalidità Permanente da Infortunio e Ricovero Ospedaliero conseguenti ad Infortunio è il Contraente.

Beneficiario irrevocabile delle Prestazioni liquidate in base alla garanzia Decesso conseguente ad Infortunio è la persona designata dal Contraente/Assicurato. In assenza di un beneficiario designato, ogni soggetto che, al momento del Decesso dell'Assicurato, risulti essere erede testamentario o, in assenza di eredi testamentari, erede legittimo dell'Assicurato.

Art. 8 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'eventuale 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 successivi, 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. 9 Limiti territoriali

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

Art. 10 Massimale

L'ammontare massimo delle Prestazioni pagabili dalla Compagnia per le Garanzie prestate ai sensi della presente Polizza non eccederà mai l'ammontare complessivo di Euro 200.000.

Art. 11 Denuncia dei Sinistri

AVVERTENZA IMPORTANTE:

I Sinistri devono essere denunciati tempestivamente per iscritto inviando a mezzo raccomandata con ricevuta di ritorno il modulo "Denuncia di sinistro" e tutta la documentazione richiesta dall'Assicuratore via email, all'indirizzo sinistri.clienti@it.cnpsantander.com o per iscritto, a mezzo 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 richiesta dall'Assicuratore, necessaria e sufficiente a verificare il diritto alla Prestazione, così come precisato nelle Condizioni Particolari di Assicurazione.

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. 12 Liquidazione dei Sinistri

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

Art. 13 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. 14 Legge applicabile

La legge applicabile al Contratto di Assicurazione è quella italiana.

Art. 15 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. 16 Cessione dei diritti

Il Contraente non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dal Pacchetto Assicurativo.

Art. 17 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

AVVERTENZA IMPORTANTE:

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze, del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, 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. 18 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/avente diritto, così come individuato nelle Condizioni di Assicurazione, foro competente è, in via esclusiva, quello del luogo di residenza o domicilio del Contraente e/o Assicurato e/o avente diritto.

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. Per maggior dettaglio si rinvia all'art. 14 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 19 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.com, 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 Sheirbhísí 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. 20 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 giudiziari 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 – Rappresentanze Generali 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@cnp Santander.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, 3 Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2, Irlanda; email: dataprotectionofficer@cnp Santander.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.

CONDIZIONI PARTICOLARI DI ASSICURAZIONE

Polizza Assicurativa contro i rischi di Morte, Invalidità Permanente e Ricovero Ospedaliero conseguenti ad Infortunio

3Centosesanta° PROTEZIONE INFORTUNI E SALUTE

Data ultimo aggiornamento 25/05/2018

GARANZIA DECESSO IN CONSEGUENZA DI UN INFORTUNIO

ART. 1 - RISCHIO ASSICURATO

Il rischio assicurato è il Decesso dell'Assicurato in conseguenza di un Infortunio verificatosi dopo la Data di Decorrenza e durante il periodo di assicurazione, **fatto salvo quanto previsto dalle Esclusioni di Polizza di cui all'art. 6 delle Condizioni Generali.**

ART. 2 - PRESTAZIONE ASSICURATIVA

In caso di Decesso in conseguenza di Infortunio dell'Assicurato, l'Assicuratore liquida una somma pari all'Indennizzo indicato nel Certificato di Assicurazione, determinato sulla base del premio assicurativo prescelto dal Contraente, nell'ambito delle opzioni offerte dall'Assicuratore, nei limiti del Massimale previsto dall'art. 10 delle Condizioni Generali di Assicurazione. Nel caso in cui l'Assicurato muoia in seguito a Infortunio occorso in occasione di un incidente stradale, l'indennizzo corrisposto dall'Assicuratore sarà raddoppiato.

ART. 3 – CARENZA

La Garanzia Decesso in conseguenza di un Infortunio non è soggetta ad alcun periodo di Carenza.

ART. 4 – ESCLUSIONI

Non vi sono altre esclusioni oltre a quelle previste all'art. 6 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

ART. 5 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

Il Beneficiario o gli aventi diritto dovranno consegnare all'Assicuratore tutta la documentazione di seguito indicata, necessaria a verificare il diritto alla Prestazione:

- a) certificato di morte dell'Assicurato;
- b) certificato medico che precisi le esatte cause della morte dell'Assicurato e, in caso di Decesso a seguito di ricovero, copia della cartella clinica;
- c) in caso di Decesso dell'Assicurato avvenuto a seguito di incidente stradale, copia del verbale reso dalle autorità intervenute;
- d) in caso di effettuazione di autopsia, copia del reperto autoptico;

Nel caso in cui i predetti documenti elencati dalla lettera a) alla lettera d) non siano disponibili o non possano essere ottenuti (ad esempio nel caso in cui il Beneficiario non abbia diritto ad ottenerli), il Beneficiario dovrà fornire all'Assicuratore una dichiarazione (redatta nella forma della dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) che attesti che tali documenti non sono disponibili o che non possono essere ottenuti.

Ai fini dell'individuazione del/i Beneficiario/i della Prestazione:

- se l'Assicurato ha lasciato testamento: copia autenticata del testamento e dichiarazione sostitutiva di atto notorio, ove risulti che tale testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non impugnato e in cui sono indicati, nel caso in cui risultino beneficiari della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi nonché le loro generalità, l'età e la capacità di agire;
 - se l'Assicurato non ha lasciato testamento e se i Beneficiari sono gli eredi dell'Assicurato: dichiarazione sostitutiva di atto notorio, ove risulti che l'Assicurato è deceduto senza lasciare testamento, nonché le generalità, l'età e la capacità di agire di tutti gli eredi.
- L'Assicuratore si riserva la facoltà e il diritto di richiedere, laddove necessario, la documentazione integrativa utile verificare il diritto alla Prestazione.

GARANZIA INVALIDITÀ PERMANENTE CONSEGUENTE AD INFORTUNIO

ART. 1 - RISCHIO ASSICURATO

Il rischio coperto è l'Invalidità Permanente che derivi, per una percentuale non inferiore al 60% (sessanta per cento), da Infortunio verificatosi dopo la Data di Decorrenza e durante il periodo di assicurazione, a condizione che tale Invalidità Permanente si verifichi entro i 2 (due anni) successivi dalla data in cui l'Infortunio si è verificato; **eventuali stati di invalidità pregressa all'adesione alla Polizza non rilevano, pertanto, ai fini dell'Invalidità rilevante per la Prestazione.**

Il grado di Invalidità Permanente viene accertato secondo i criteri stabiliti per le assicurazioni contro gli infortuni e le malattie professionali con riferimento alle disposizioni contenute nel T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche ed integrazioni.

ART. 2 - PRESTAZIONE ASSICURATIVA

In caso di Invalidità Permanente da Infortunio, l'Assicuratore liquida una somma pari all'Indennizzo indicato nel Certificato di Assicurazione, determinato sulla base del premio assicurativo prescelto dal Contraente, nell'ambito delle opzioni offerte dall'Assicuratore, nei limiti del Massimale previsto dall'art. 10 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

ART.3 – CARENZA

La garanzia Invalidità Permanente da Infortunio non è soggetta ad alcun periodo di Carenza.

ART. 4 – ESCLUSIONI

Non vi sono altre esclusioni oltre a quelle previste all'art. 6 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

ART. 5 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

Il Contraente o gli aventi diritto dovranno consegnare all'Assicuratore tutta la documentazione di seguito indicata relativa all'Assicurato, necessaria a verificare il diritto alla Prestazione:

- certificazione di invalidità permanente emessa dagli enti preposti o da un medico legale;
- copia della cartella clinica ed eventuale verbale di incidente stradale.

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

GARANZIA RICOVERO OSPEDALIERO CONSEGUENTE AD INFORTUNIO

ART. 1 - RISCHIO ASSICURATO

Il rischio coperto è il rischio di Ricovero Ospedaliero conseguente ad un Infortunio, 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.

ART. 2 - PRESTAZIONE ASSICURATIVA

In caso di Ricovero Ospedaliero conseguente ad Infortunio, l'Assicuratore liquida per ciascun Assicurato che abbia subito un Ricovero Ospedaliero conseguente ad un Infortunio 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, per la durata massima di 100 giorni per Sinistro. La diaria giornaliera sarà corrisposta in relazione a ciascun periodo di 24 ore consecutive di Ricovero Ospedaliero conseguente ad un Infortunio. Per periodi di Ricovero Ospedaliero inferiori alle 24 ore consecutive non sarà corrisposta alcuna diaria.

ART. 3 – CARENZA

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

ART. 4 – ESCLUSIONI

In aggiunta alle esclusioni previste all'art. 6 delle Condizioni Generali di Assicurazione, la copertura è esclusa in caso di fratture causate direttamente o indirettamente da una malattia delle ossa (ad esempio osteoporosi o osteogenesi imperfetta)

ART. 5 – DENUNCIA DEL SINISTRO ED ONERI RELATIVI

Il Contraente o gli aventi diritto dovranno consegnare all'Assicuratore 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;

Tale documentazione dovrà essere inviata tempestivamente, nel rispetto di quanto disposto in via generale dall'art. 11 delle Condizioni Generali di Assicurazione in tema di Denuncia di Sinistro.

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

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

relativo alla Polizza contro i rischi di Morte, Invalidità Permanente e Ricovero Ospedaliero conseguenti ad Infortunio, 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
 Indennizzo in caso di Decesso o Invalidità permanente conseguenti ad Infortunio (in euro): _____
 Diaria giornaliera in caso di Ricovero Ospedaliero conseguente ad Infortunio (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) il Fascicolo Informativo relativo alla Polizza **3Centosesanta° PROTEZIONE INFORTUNI E SALUTE**, e (ii) la documentazione informativa precontrattuale di cui all'Art. 49 del Regolamento ISVAP n.5/2006, 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.

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 dell'Assicurato sulla circostanza che le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti 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 "Esclusioni", 7 "Beneficiari delle Prestazioni", 11 "Denuncia dei sinistri", 16 "Cessione dei diritti", 17 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio", 18 "Foro competente. Controversie Medico-Legali" delle Condizioni Generali di Assicurazione e artt. 3 "Carenza", 4 "Esclusioni" e 5 "Denuncia del sinistro e oneri relativi" delle Condizioni Particolari di Assicurazione.

Firma del Contraente/Assicurato _____

Il Contraente/Assicurato dichiara di nominare quale beneficiario delle prestazioni Decesso la persona di seguito identificata:

Beneficiario designato dal Contraente/Assicurato: _____ Data nascita beneficiario: _____

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 20 delle Condizioni Generali 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 _____ / _____ / _____

FAC SIMILE - Per i dettagli relativi alla specifica copertura assicurativa richiesta si prega di fare riferimento al Certificato di Assicurazione in forma personalizzata consegnato dalla Compagnia.

CNP Santander Insurance Europe DAC Rappresentanza Generale per l'Italia, in virtù della Polizza Collettiva n. 205439, stipulata in qualità di contraente con AWP P&C S.A. Rappresentanza Generale per l'Italia, offre gratuitamente ai propri clienti assicurati con la Polizza di Assicurazione contro i rischi di Morte, Invalidità Permanente e Ricovero Ospedaliero conseguenti ad Infortunio 3Centosesanta° PROTEZIONE INFORTUNI E SALUTE le prestazioni di Assistenza più avanti elencate. Resta inteso che CNP Santander Insurance Europe DAC Rappresentanza Generale per l'Italia è esonerata da qualsiasi responsabilità in ordine all'esecuzione delle prestazioni di Assistenza previste.

Condizioni di assicurazione POLIZZA COLLETTIVA 205439

(Normativa di Polizza che regola il rapporto tra Assicurato e Allianz Global Assistance)

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intendono per:

Allianz Global Assistance: il marchio che identifica AWP P&C S.A. - Rappresentanza Generale per l'Italia.

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

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Centrale Operativa: la struttura organizzativa di AWP Service Italia S.c.a.r.l. che, in conformità al Regolamento Isvap nr. 12 del 9 gennaio 2008, provvede 24 ore su 24 tutto l'anno, al contatto telefonico con l'Assicurato, organizza ed eroga le prestazioni di assistenza previste in polizza.

Contraente: persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione ossia CNP Santander Insurance Europe DAC - Rappresentanza Generale per l'Italia.

Domicilio: il luogo in cui l'Assicurato ha stabilito la sede principale dei suoi affari e interessi.

Eestero: tutti i Paesi che non rientrano nella definizione di Italia.

Evento: l'accadimento che ha generato, direttamente o indirettamente, uno o più sinistri.

Impresa: AWP P&C S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia, Viale Brenta 32, Milano di seguito anche denominata con il suo marchio Allianz Global Assistance.

Inabilità Temporanea: la condizione di incapacità fisica, totale o parziale, a compiere i normali atti quotidiani per una durata limitata nel tempo.

Infortunio: l'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali oggettivamente constatabili, le quali abbiano come conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

Invalidità permanente: perdita o diminuzione definitiva irrimediabile della capacità generica allo svolgimento di una qualsiasi attività lavorativa, indipendentemente dalla specifica professione esercitata dall'Assicurato.

Italia: il territorio della Repubblica Italiana, la Città del Vaticano, la Repubblica di San Marino.

Malattia: l'alterazione del proprio stato di salute constatato da un'autorità medica competente non dipendente da infortunio.

Residenza: il luogo in cui l'Assicurato ha la sua dimora abituale.

Rischio: la probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro: il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

NORMATIVA COMUNE A TUTTE LE GARANZIE

1. OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Contraente stipula l'assicurazione con Allianz Global Assistance per conto degli Assicurati.

Allianz Global Assistance si obbliga nei confronti degli Assicurati e della Contraente a prestare i servizi di assistenza e/o le garanzie assicurative, nei limiti e alle condizioni stabiliti al paragrafo "ESCLUSIONI E LIMITAZIONI comuni a tutte le garanzie", così come definite nei punti:

- a) ORIENTAMENTO BUROCRATICO
- b) ASSISTENZA DOMICILIARE

La Contraente in ogni caso resta esonerata da ogni e qualsiasi responsabilità in ordine all'esecuzione delle prestazioni previste nel presente contratto per le obbligazioni che l'Impresa assume nei confronti dei singoli assicurati.

2. PERSONE ASSICURABILI

La persona fisica residente o domiciliato in Italia assicurato con una polizza stipulata con la Contraente a cui è associata la presente copertura assicurativa.

3. DECORRENZA E DURATA DELL'ASSICURAZIONE

La prestazione di assistenza di Allianz Global Assistance entra in vigore dalle **ore 24** del giorno indicato nella polizza di assicurazione con la Contraente, e salvo l'uscita anticipata dell'Assicurato dal contratto di assicurazione con la Contraente, ha durata 12 mesi.

In caso di risoluzione del contratto tra l'impresa e la Contraente, l'Impresa resterà comunque obbligata nei confronti dei singoli Assicurati sino al completamento del periodo di garanzia.

4. VALIDITÀ TERRITORIALE

L'assicurazione, salvo eventuali limitazioni indicate all'interno delle singole garanzie, vale per il territorio degli Stati dell'Unione Europea, della Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, nonché per il territorio della Norvegia, dell'Islanda, della Svizzera, del Principato di Monaco e di Andorra.

La copertura assicurativa non è operativa nei casi in cui le garanzie contrattualmente previste debbano essere prestate in condizioni tali da violare una qualsiasi legge che possa comportare sanzioni ai sensi delle norme e dei Regolamenti emanati dalle Nazioni Unite, dall'Unione Europea o da qualsiasi altra normativa applicabile.

ESCLUSIONI E LIMITAZIONI COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

5. ESCLUSIONI COMUNI A TUTTE LE GARANZIE

Sono **esclusi** dall'assicurazione ogni indennizzo, prestazione, conseguenza e/o evento derivante direttamente od indirettamente da:

- a) danni causati da, accaduti attraverso o in conseguenza di guerre, incidenti dovuti a ordigni di guerra, invasioni, azioni di nemici stranieri, ostilità (sia in caso di guerra dichiarata o no), guerra civile, situazioni di conflitto armato, ribellioni, rivoluzioni, insurrezioni, ammutinamento, legge marziale, potere militare o usurpato o tentativo di usurpazione di potere;
- b) scioperi, sommosse, tumulti popolari;
- c) coprifuoco, blocco delle frontiere, embargo, rappresaglie, sabotaggio;
- d) confisca, nazionalizzazione, sequestro, disposizioni restrittive, detenzione, appropriazione, requisizione per proprio titolo od uso da parte o su ordine di qualsiasi Governo (sia esso civile, militare o "de facto") o altra autorità nazionale o locale;
- e) atti di terrorismo, intendendosi per atto di terrorismo un qualsivoglia atto che includa ma non sia limitato all'uso della forza o violenza e/o minaccia da parte di qualsiasi persona o gruppo/i di persone che agiscano da sole o dietro o in collegamento con qualsiasi organizzatore o governo commesso per propositi politici, religiosi, ideologici o simili compresa l'intenzione di influenzare qualsiasi governo e/o procurare allarme all'opinione pubblica e/o nella collettività o in parte di essa;
- f) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;
- g) esplosioni nucleari e, anche solo parzialmente, radiazioni ionizzanti o contaminazione radioattiva sviluppata da combustibili nucleari o da scorie nucleari o da armamenti nucleari, o derivanti da fenomeni di trasmutazione del nucleo dell'atomo o da proprietà radioattive, tossiche, esplosive, o da altre caratteristiche pericolose di apparecchiature nucleari o sue componenti;
- h) materiali, sostanze, composti biologici e/o chimici, utilizzati allo scopo di recare danno alla vita umana o di diffondere il panico;
- i) inquinamento di qualsiasi natura, infiltrazioni, contaminazioni dell'aria, dell'acqua, del suolo, del sottosuolo, o qualsiasi danno ambientale;
- j) dolo o colpa grave dell'Assicurato o di persone delle quali deve rispondere;
- k) azioni poste in essere dall'Assicurato nonostante la prevedibile probabilità che la loro attuazione possa causare direttamente l'insorgenza del sinistro o incidere sulla sua entità
- l) atti illegali posti in essere dall'Assicurato o sua contravvenzione a norme o proibizioni di qualsiasi governo;
- m) abuso di alcolici e psicofarmaci, uso non terapeutico di stupefacenti od allucinogeni;
- n) infermità mentali, schizofrenia, forme maniacodepressive, psicosi, depressione maggiore in fase acuta;
- o) suicidio o tentativo di suicidio;

- p) Virus da Immunodeficienza Umana (HIV), Sindrome da Immunodeficienza Acquisita (AIDS) e patologie sessualmente trasmissibili;
- q) epidemie aventi caratteristica di pandemia (dichiarata da OMS), di gravità e virulenza tale da comportare una elevata mortalità ovvero da richiedere misure restrittive al fine di ridurre il rischio di trasmissione alla popolazione civile. A solo titolo esemplificativo e non limitativo: chiusura di scuole e aree pubbliche, limitazione di trasporti pubblici in città, limitazione al trasporto aereo;
- r) quarantene.

Le prestazioni di assistenza non sono previste per:

- t) infermità derivante da situazioni patologiche preesistenti;
- u) interruzione volontaria della gravidanza, patologie inerenti lo stato di gravidanza oltre il 180° giorno, parto non prematuro, fecondazione assistita e loro complicazioni;
- v) cure ortodontiche e di paraodontopatie di protesi dentarie;
- w) cure ed interventi per l'eliminazione di difetti fisici, di malformazioni congenite, cure riabilitative, infermieristiche, dimagranti o termali, applicazioni di carattere estetico e di protesi in genere;
- x) espianto/trapianto di organi.

6. DISPOSIZIONI E LIMITAZIONI DI RESPONSABILITÀ

- a) la Centrale Operativa si riserva il diritto di chiedere all'Assicurato il rimborso delle spese sostenute in seguito all'effettuazione di prestazioni di assistenza che si accertino non essere dovute in base a quanto previsto dal contratto o dalla legge;
- b) la Centrale Operativa non è tenuta a pagare indennizzi in sostituzione delle garanzie di assistenza dovute;
- c) nei casi in cui l'Assicurato benefici di prestazioni di assistenza analoghe e richieda l'intervento di un'altra Compagnia di Assicurazioni, le prestazioni previste dalla presente copertura sono operanti esclusivamente quale rimborso degli eventuali maggiori costi a lui addebitati dalla Compagnia di Assicurazione che ha erogato direttamente la prestazione.

In ogni caso, i costi verranno risarciti complessivamente una volta sola;

- d) la Centrale Operativa tiene a proprio carico il costo delle prestazioni fino al capitale stabilito nelle singole garanzie. Eventuali eccedenze rispetto al massimale restano a carico dell'Assicurato;
- e) il diritto alle prestazioni di assistenze decade qualora l'Assicurato non abbia preso contatto con la Centrale Operativa al verificarsi del sinistro;

La Centrale Operativa non potrà essere ritenuta responsabile di:

- f) ritardi conseguenti ad un suo mancato o ritardato intervento determinato da caso fortuito o da causa di forza maggiore;
- g) errori dovuti ad inesatte comunicazioni ricevute dall'Assicurato.

Il servizio fornito dalla centrale Operativa non è sostitutivo, né alternativo, al servizio pubblico di pronto intervento sanitario, che rimane esclusivamente competente per la gestione delle emergenze sanitarie.

GARANZIE ASSICURATIVE:

A. ORIENTAMENTO BUROCRATICO.

Orientamento burocratico telefonico

La Centrale Operativa mette a disposizione i propri consulenti per fornire indicazioni ed informazioni utili all'Assicurato che si trovi in una condizione di sopravvenuta Inabilità temporanea e Invalidità permanente parziale che porti alla necessità di nuova occupazione, quali ad esempio:

- iter burocratico ed amministrativo per l'accertamento dell'invalidità;
- diritti del cittadino a cui sia stato riconosciuto lo stato d'invalidità, secondo le percentuali accertate;
- uffici competenti sul territorio nazionale; assegno di accompagnamento: come e quando viene concesso.

Il servizio di consulenza non fornisce diagnosi o prescrizioni e non può in ogni caso sostituirsi alle comunicazioni ufficiali rilasciate dagli Enti competenti

B. ASSISTENZA DOMICILIARE

Le seguenti garanzie operano in Italia in seguito a infortunio o malattia dell'Assicurato, con una prognosi di inabilità temporanea superiore a **30 giorni**.

La struttura operativa provvede alle esigenze mediche e logistico-organizzative dell'Assicurato con un aiuto domiciliare concreto **per un periodo massimo di 30 giorni continuativi** e non frazionabili dalla data della prima prestazione.

1. Disponibilità di attrezzature medico-chirurgiche

Il Servizio di Assistenza medica della Centrale Operativa metterà a sua disposizione in comodato d'uso e secondo necessità: stampelle, sedia a rotelle, letto ortopedico e/o materasso antidecubito. La prestazione è totalmente a carico della Centrale Operativa.

Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire e/o fornire tale/i aiuti, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare l'Assicurato le relative spese sino a un massimo di **€ 500,00** per evento, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

2. Infermiere a domicilio

La Centrale Operativa provvederà ad inviare un infermiere al domicilio dell'Assicurato, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino ad un massimo di **€ 500,00**. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire un infermiere, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite del capitale assicurato.

3. Consegna medicinali a domicilio

Quando l'Assicurato necessita di medicinali regolarmente prescritti dal suo medico curante e non possa allontanarsi dal proprio domicilio per gravi motivi di salute certificati dal medico stesso, la Centrale Operativa, dopo aver ritirato la ricetta presso l'Assicurato, provvede a recapitargli a domicilio i medicinali prescritti. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre restano interamente a carico dell'Assicurato i costi dei medicinali.

4. Ascolto e supporto psicologico

La Centrale Operativa metterà a disposizione dell'Assicurato uno psicologo per aiutarlo a superare emotivamente la condizione di inabilità temporanea nel corso di un ascolto telefonico, tenendone a proprio carico il relativo costo. Su richiesta dell'Assicurato la Centrale Operativa potrà anche organizzare una o più sedute terapeutiche presso uno specialista, il cui costo rimarrà a carico dell'Assicurato.

5. Disbrigo faccende domestiche

Quando l'Assicurato sia oggettivamente inabilitato allo svolgimento delle normali attività quotidiane e necessiti di un aiuto domestico, la Centrale Operativa provvede ad inviargli a domicilio una colf, baby sitter, dog sitter o aiuto-spesa secondo necessità, tenendo a proprio carico la relativa spesa sino ad un massimo di **€ 500,00**. Se, per cause indipendenti dalla volontà della Centrale Operativa, risultasse impossibile reperire tale/i aiuti, la Centrale Operativa provvederà a rimborsare le spese sostenute dall'Assicurato nel limite del capitale assicurato, dietro presentazione di fattura o ricevuta fiscale.

6. Consegna della spesa a domicilio

Qualora l'Assicurato non possa allontanarsi dal proprio domicilio, la Centrale Operativa provvederà ad organizzare la consegna al domicilio dell'Assicurato di generi alimentari di prima necessità.

La Centrale Operativa provvederà a farsi fornire dall'Assicurato l'elenco dei generi alimentari da lui richiesti, trasferendola a un fornitore convenzionato che provvederà alla consegna della spesa.

L'Assicurato sarà preventivamente informato sui tempi previsti per il recapito della spesa e sull'importo totale che dovrà riconoscere all'incaricato al momento della consegna.

Saranno a carico della Centrale Operativa i costi relativi all'organizzazione e all'invio mentre saranno interamente a carico dell'Assicurato i costi dei generi alimentari ordinati il cui importo totale non potrà superare la cifra di **€ 200,00** per ogni consegna.

7. Pagamento utenze domiciliari

La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al pagamento delle utenze domiciliari in scadenza durante il periodo di inabilità, qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potervi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato gli importi da pagare delle utenze domiciliari.

8. Ricovero auto

La Centrale Operativa provvederà per conto dell'Assicurato al ricovero della sua auto presso un deposito vicino alla sua abitazione qualora l'Assicurato non fosse in condizioni di potervi provvedere autonomamente. Il costo relativo all'organizzazione del servizio rimane a carico della Centrale Operativa, mentre resteranno interamente a carico dell'Assicurato i costi relativi al deposito del veicolo.

ISTRUZIONI PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

PER LA RICHIESTA DI ASSISTENZA

Per ogni richiesta di assistenza, l'Assicurato, o chi per esso, deve contattare la Centrale Operativa tramite:

- Telefono: +39 02 02 26 609 865 (valido anche dall'estero)
- Numero Verde: 800 610 500

indicando con precisione il tipo di Assistenza di cui necessita, nome e cognome, indirizzo e luogo da cui chiama, eventuale recapito telefonico, codice fiscale.

PER L'EVENTUALE RICHIESTA DI RIMBORSO

La richiesta di rimborso, accompagnata dai documenti giustificativi in originale delle spese sostenute, **se e solo se autorizzate dalla Centrale Operativa di Allianz Global Assistance**, dovrà essere inoltrata a:

**AWP P&C S.A.–
RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA
Viale Brenta 32 - 20139 MILANO (Italia)**

AVVERTENZA:

Le spese sostenute e non preventivamente autorizzate dalla Centrale Operativa non saranno rimborsate. Inoltre l'Assicurato dovrà:

- farsi rilasciare dall'operatore che ha risposto alla sua richiesta di assistenza, il numero di autorizzazione necessario per ogni eventuale futuro rimborso;
- comunicare, insieme alla documentazione del danno, il numero di conto corrente presso la propria Banca con il relativo codice IBAN e Codice Fiscale.

Nota informativa alla Contraente - predisposta ai sensi dell'art.185 D. Lgs. 7.9.2005 N. 209 ed in conformità con quanto disposto dal Regolamento Isvap n. 35 del 26 maggio 2010

La presente "Nota Informativa" ha lo scopo di fornire alla Contraente (persona fisica o giuridica che sottoscrive il contratto di assicurazione), all'Assicurato e a tutti i soggetti portatori di un interesse alla copertura assicurativa tutte le informazioni preliminari necessarie al fine di pervenire ad un fondato giudizio sui diritti e gli obblighi contrattuali, in conformità all'art. 185 D.Lgs. 7.9.2005 n. 209. La presente nota è redatta in Italia in lingua italiana, salva la facoltà della Contraente di richiederne la redazione in altra lingua.

1) Informazioni Relative alla Società

Denominazione Sociale e forma giuridica della Società (Impresa Assicuratrice)

L'Impresa Assicuratrice è **AWP P&C S.A.**

Sede Legale

7, Dora Maar, 93400 Saint-Ouen - France

Registro delle Imprese e delle Società Francesi nr. 519490080

Capitale Sociale sottoscritto € 17.287.285

Autorizzazione all'esercizio delle assicurazioni

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni dall'Autorité de Contrôle Prudentiel (ACP) il 1 febbraio 2010

Rappresentanza Generale per l'Italia

Viale Brenta 32, CAP 20139, Milano ITALIA

Codice Fiscale, Partita IVA e iscrizione al Registro delle Imprese di Milano nr. 07235560963 - Rea 1945496

Recapito Telefonico – Sito Internet – Indirizzo e-mail

02/23.695.1 - www.allianz-global-assistance.it – info@allianz-assistance.it

Abilitazione all'esercizio delle assicurazioni

Società abilitata all'esercizio dell'attività Assicurativa in Italia in regime di stabilimento, iscritta il 3 novembre 2010, al nr. I.00090, all'appendice dell'albo Imprese Assicurative, Elenco I

2) Informazioni Relative al Contratto

Legislazione applicabile al contratto

La legislazione applicabile al contratto è quella italiana; le Parti hanno comunque la facoltà prima della conclusione del contratto stesso, di scegliere una legislazione diversa.

La Società propone di scegliere la legislazione italiana.

Resta comunque ferma l'applicazione di norme imperative del diritto italiano.

Prescrizioni dei diritti derivanti dal contratto

Ogni diritto dell'Assicurato nei confronti di AWP P&C S.A. derivanti dal presente contratto si prescrive in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto, ai sensi dell'art. 2952 del C.C.

Reclami in merito al contratto

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto (posta, fax ed e-mail) alla Società:

Servizio Qualità

AWP P&C S.A.– RAPPRESENTANZA GENERALE PER L'ITALIA

Viale Brenta 32 - 20139 MILANO (Italia)

fax: +39 02 26 624 008

e-mail: reclamiawp@allianz.com

Qualora l'esponente non sia soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro entro 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS, Servizio Tutela degli Utenti, Via del Quirinale 21, 00187 Roma (RM), corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia.

Per la presentazione di reclami ad IVASS occorre utilizzare l'apposito modello reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per il Consumatore - Come presentare un reclamo".

Per controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità è competente esclusivamente l'Autorità Giudiziaria. Prima di adire all'Autorità Giudiziaria è tuttavia possibile, e in alcuni casi necessario, cercare un accordo amichevole mediante sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

- Mediazione (L. 9/8/2013, n.98): può essere avviata presentando istanza ad un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero di Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it.
- Negoziazione assistita (L. 10/11/2014, n.162): può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Compagnia.

Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente per l'attivazione della procedura FIN-NET, mediante accesso al seguente sito internet: <http://ec.europa.eu/finance/fin-net/>

3) Informazioni in Corso di Contratto

Qualora nel corso della durata contrattuale dovessero intervenire variazioni inerenti alle informazioni relative alla Società e/o quella relativa al contratto, la Società si impegna a comunicarle tempestivamente alla Contraente, nonché fornire ogni necessaria precisazione.

Informativa privacy sulle Tecniche di comunicazione a distanza (ex D.Lgs. n. 196 del 30/6/03)

Per rispettare la legge sulla privacy La informiamo sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti. La nostra azienda deve acquisire (o già detiene) alcuni dati che La riguardano. I dati forniti da Lei stesso o da altri soggetti sono utilizzati, al fine di gestire i dati assicurativi anche con l'obiettivo della lotta alle frodi, da AWP P&C S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia, titolare del trattamento, da società del medesimo Gruppo in Italia e da terzi a cui essi verranno comunicati al fine di fornirLe le informazioni, da Lei richieste, anche mediante l'uso di fax, del telefono anche cellulare, della posta elettronica o di altre tecniche di comunicazione a distanza.

Senza i Suoi dati, non potremmo fornirLe il servizio in tutto o in parte.

I Suoi dati personali saranno utilizzati solo con modalità e procedure strettamente necessarie per fornirLe le prestazioni e le informazioni da Lei eventualmente richieste. Utilizziamo le tecniche di comunicazione a distanza sopracitate anche quando comunichiamo, per i fini previsti dalla polizza, taluni di questi dati ad altre aziende del nostro stesso settore, in Italia e all'estero e ad altre aziende del nostro stesso Gruppo, in Italia e all'estero.

Per erogare taluni servizi, utilizziamo soggetti di nostra fiducia che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica ed organizzativa, operanti in Italia, nell'Unione Europea e al di fuori dell'Unione europea.

Alcuni di questi soggetti sono nostri diretti collaboratori e svolgono la funzione del responsabile del nostro trattamento dei dati, oppure operano in totale autonomia quali fornitori esterni e risultano distinti titolari del trattamento dati.

Si tratta, in modo particolare, di soggetti facenti parte del gruppo Allianz S.E.: in Italia, società di servizi cui sono affidate la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri; società di servizi informatici e telematici o di archiviazione nell'Unione Europea e al di fuori dell'Unione europea ; società di servizi postali.

L'elenco di tutti i soggetti suddetti è costantemente aggiornato e può conoscerlo agevolmente e gratuitamente chiedendolo a AWP P&C S.A. –Rappresentanza Generale per l'Italia - Servizio Privacy – Viale Brenta 32, 20139 Milano o al numero fax 02 26624019 e-mail: privacyawpitaly@allianz.com ove potrà conoscere anche la lista dei Responsabili in essere. La comunichiamo, pertanto, che la presente informativa comprende anche la trasmissione a queste categorie ed il trattamento dei dati da parte loro ed è necessario per il perseguimento delle finalità di fornitura delle prestazioni. Lei ha il diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i Suoi dati e come essi vengono utilizzati. Ha anche il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare o cancellare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento. Per l'esercizio dei suoi diritti può rivolgersi a AWP P&C S.A. – Rappresentanza Generale per l'Italia, Servizio Privacy, Viale Brenta 32, 20139 Milano, fax 02 26624019, e-mail privacyawpitaly@allianz.com.