

Polizza Ricovero Ospedaliero

Documento informativo precontrattuale per i prodotti assicurativi danni (DIP Danni)



Impresa: CNP Santander Insurance Europe DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia

Prodotto: TIMFin Assicura Persona – Ultimo aggiornamento: 10/02/2026

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 giornaliero, il cui importo è indicato nel Certificato di Assicurazione, in caso di Ricovero Ospedaliero conseguente ad Infortunio o Malattia.



Che cosa è assicurato?

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



Cosa non è assicurato?

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



Ci sono limiti di copertura?

- ! La copertura Ricovero Ospedaliero conseguente a Malattia è soggetta ad un periodo di carenza di 90 giorni (periodo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale l'efficacia della copertura non opera)
- ! La diaria giornaliera viene corrisposta in relazione a ciascuna notte trascorsa in Ricovero Ospedaliero.
- ! La Compagnia indennizza un numero massimo di giorni di ricovero per ciascun anno assicurato. L'importo erogato dipende dal piano scelto dall'Assicurato in fase di sottoscrizione e dall'evento che ha causato il ricovero.
- ! Se il ricovero è dovuto ad infortunio, il numero massimo di giorni indennizzabili per anno assicurato è pari a 100. Se il ricovero è dovuto a malattia, il numero massimo di giorni indennizzabili per anno assicurato è pari a 50.
- ! Per periodi di Ricovero Ospedaliero inferiori ad una notte, non è corrisposta alcuna diaria.
- ! Il Ricovero Ospedaliero per parto viene indennizzato soltanto qualora abbia durata di almeno 5 giorni consecutivi



Dove vale la copertura?

La copertura è valida in tutti i Paesi del mondo.



Che obblighi ho?

Non fornire dichiarazioni inesatte o reticenti 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 uguale o 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 dell'Assicurato, indicata quale data di decorrenza nel certificato di assicurazione.

La copertura cessa

- alla prima scadenza del Periodo Assicurativo Ricorrente immediatamente successiva al compimento del 65° anno di età da parte dell'Assicurato;
- su iniziativa dell'Assicurato, in caso di esercizio del diritto di recesso;
- su iniziativa dell'Assicuratore, laddove il medesimo comunichi disdetta all'Assicurato almeno 60 (sessanta) 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;
- In caso di decesso dell'Assicurato
- qualora non vengano pagate le rate mensili di Premio entro 45 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 A.R., 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 all'Assicurato, 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.

Polizza Ricovero Ospedaliero

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



Impresa: CNP Santander Insurance Europe DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia

Prodotto: TIMFin Assicura Persona – Ultimo aggiornamento: 10/02/2026

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

L'Aderente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società:

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

Sede Legale: 3 Park Place Hatch Street Dublino D02 FX65 (Irlanda)

Il contratto è concluso con la Rappresentanza Generale per l'Italia della Società, con sede in Corso Massimo D'Azeglio 33/E 10126 Torino - tel. 800 19 49 77

P.IVA, C.F. e numero di iscrizione al Reg. Imprese di Torino: 10582050018, R.E.A. n. 1145508

iscritta nell'Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione al n. I.00096, operante in Italia in regime di stabilimento e soggetta alla vigilanza dell'Autorità irlandese Central Bank of Ireland.

www.cnpsantander.it; e-mail: assistenzatimfin@it.cnpsantander.com; PEC: santander-insuranceeurope@legalmail.it.

CNP Santander Insurance Europe DAC ha un Patrimonio Netto pari a € 286.699.426 di cui € 53.000.000 è il Capitale Sociale e € 233.699.426 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 173%.

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

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

In merito all'ambito delle coperture, non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

L'ampiezza dell'impegno dell'impresa è rapportata ai massimali

Non sono previste opzioni con riduzione di premio e/o con premio aggiuntivo.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

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



Ci sono limiti di copertura ?

I principali limiti alla copertura sono indicati nel modello DIP.

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

Il Periodo di riqualficazione dura:

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

Il Ricovero Ospedaliero a causa di parto viene indennizzato soltanto qualora duri 5 o più giorni consecutivi.



A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto è destinato a consumatori finali che abbiano ricevuto un finanziamento a qualsiasi titolo erogato dalla società TIMFin S.p.A.

Sono assicurabili i soggetti che:

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



Quali costi devo sostenere?

- **Costi di intermediazione**

la quota parte percepita in media dall'intermediario TIMFin S.p.A. è pari al 62,91% del premio lordo.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami, riguardanti il rapporto contrattuale e / o la gestione dei sinistri, devono essere presentati in forma scritta e inviati via posta o e-mail ai seguenti recapiti: 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); reclamitimfin@it.cnpsantander.com , specificando numero di polizza e, ove applicabile e/o disponibile, il numero di sinistro nonché una descrizione esaustiva della lamentela. La Compagnia fornirà risposta scritta al reclamo entro 45 quarantacinque giorni dal suo ricevimento.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, PEC: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali (indicare quando obbligatori):	
Arbitro Assicurativo	Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di controversie di natura medico-legale, fermo restando il diritto di ricorrere all'Autorità Giudiziaria, le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere ad un Collegio di tre medici per decidere a norma e nei limiti delle disposizioni della Polizza. Il Collegio risiede nel comune che ospita l'Istituto Universitario di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato.

REGIME FISCALE

Trattamento fiscale applicabile al contratto	Il contratto prevede un'imposta sui premi versati nella misura del 2,50%. Per il contratto stipulato non è prevista la detraibilità per le persone fisiche dei premi versati.
---	--

Cosa è il diritto all'oblio oncologico?

Diritto all'oblio oncologico	<p>Se il cliente è stato precedentemente affetto da patologie oncologiche - il cui trattamento attivo si concluso, in mancanza di recidive, da più di dieci anni, secondo quanto previsto dalla legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi - non è tenuto a fornire informazioni, né subire qualunque tipo di indagine (es. visita medica) in merito a tale pregressa patologia.</p> <p>Il termine è ridotto da dieci a cinque anni, nel caso in cui la patologia sia insorta prima del compimento del ventunesimo anno di età.</p> <p>Per le patologie oncologiche previste dalla Legge 7 dicembre 2023, n. 193 e dai relativi decreti attuativi, sono previsti termini inferiori, indicati nella Tabella, consultabile al seguente link: www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2024/04/24/24A02057/SG</p>
Certificazione della sussistenza dei requisiti necessari ai fini dell'oblio oncologico	<p>Il cliente che precedentemente alla stipulazione o rinnovo del contratto di assicurazione abbia fornito informazioni relative al proprio stato di salute, concernenti patologie oncologiche da cui sia stato precedentemente affetto e il cui trattamento attivo si sia concluso, senza episodi di recidiva, invia tempestivamente all'impresa di assicurazione o all'intermediario la certificazione rilasciatagli, secondo quanto previsto dalla legge n. 193 del 2023 e successivi decreti attuativi.</p>
Effetti dell'oblio oncologico per le imprese	<p>Se è decorso il periodo previsto per la sussistenza del diritto all'oblio oncologico, le informazioni eventualmente già acquisite non possono essere utilizzate per modificare le condizioni contrattuali, per valutare il rischio dell'operazione o la solvibilità del cliente. Le imprese hanno l'obbligo di cancellare in modo definitivo i dati relativi alla patologia oncologica pregressa entro 30 gg. dal ricevimento della certificazione, senza oneri per il cliente. Le clausole contrattuali stipulate in contrasto con le disposizioni di cui all'art. 2 commi da 1 a 5 della Legge 7 dicembre 2023 n. 193 sono nulle, fatta salva l'efficacia e la validità del contratto. La nullità opera soltanto a vantaggio del contraente o dell'assicurato ed è rilevabile d'ufficio in ogni stato e grado del procedimento.</p>

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



CNP SANTANDER INSURANCE

SET INFORMATIVO

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

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

TIMFin Assicura Persona Dental Service

data dell'ultimo aggiornamento: 10/02/2026

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

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

Il contratto è stato predisposto secondo le linee guida ANIA "Contratti semplici e chiari" del 6/2/2018



CNP SANTANDER INSURANCE

PRESENTAZIONE

CHE TIPO DI POLIZZA È?

TIMFin Assicura Persona è una Polizza che ti tutela in caso di Infortunio o Malattia, aiutandoti a sostenere le spese per le cure.

COSA VIENE ASSICURATO?

In caso di Ricovero Ospedaliero a seguito di Infortunio o Malattia, verrà liquidato un importo giornaliero per ogni giorno di ricovero determinato in base al Premio pagato.

SERVIZI FORNITI DA AON HEWITT RISK & CONSULTING S.R.L.

Inoltre, sottoscrivendo TIMFin Assicura Persona, potrai avere accesso a SCONTI su molte visite e/o servizi dentali, forniti da ONE CARE. In ultimo, ma non meno importante, questo piano di tutela ti offre una detartrasi all'anno completamente gratuita presso gli studi convenzionati della rete ONE CARE decorsi 60 gg dall'acquisto della polizza.

COSA TROVERAI NELLA DOCUMENTAZIONE.

Il contratto è formato dal Set Informativo che illustra le caratteristiche della Polizza sottoscritta. Troverai, all'interno del Set informativo, i Documenti Informativi Precontrattuali, che ti forniscono una sintesi delle caratteristiche della Polizza; le Condizioni di Assicurazione invece contengono le norme che disciplinano questo Contratto di Assicurazione.

*Evidenziate in **grassetto** vi sono tutte quelle clausole che vanno lette con molta attenzione perché contengono limitazioni e/o esclusioni a tuo carico.*

Con carattere di particolare evidenza sono state inserite anche le "AVVERTENZE" ossia quelle informazioni importanti con le istruzioni per l'applicazione di alcune regole del contratto.



CNP SANTANDER INSURANCE

INDICE

• Definizioni	pag. 3
• Capitolo I – Norme contrattuali	pag. 6
• Capitolo II – Coperture assicurative (prestazioni ed indennizzi)	pag. 11
• Capitolo III – Esclusioni	pag. 12
• Capitolo IV – Denunce e gestione dei Sinistri	pag. 13
• Informativa privacy	pag. 15
• Certificato di Assicurazione (fac simile)	pag. 18



CNP SANTANDER INSURANCE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

TIMFin Assicura Persona

Dental Service

Data ultimo aggiornamento 10/02/2026

Definizioni

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

Assicurato: Il soggetto aderente all'offerta telefonica relativa alla Polizza, il quale si obbliga al pagamento del Premio previsto dal presente Contratto di Assicurazione e il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione

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

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

Beneficiario: Soggetto che ha diritto alla Prestazione, ossia alla liquidazione del capitale o della Diaria.

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 dell'Assicurato dopo attenta lettura e perfetta comprensione dei contenuti dello stesso.

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

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.

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

Diaria: Importo liquidato per ciascuna notte trascorsa in Ricovero Ospedaliero.

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



Franchigia: Clausola contrattuale che limita l'importo previsto dalla Garanzia prestata dall'Assicuratore, in base alla quale una parte del danno rimane a carico dell'Assicurato.

Garanzia assicurativa: La Prestazione assicurativa associata alle singole Coperture 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 accertabili. 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 l'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.

Intermediario: TIMFin S.p.A.- Corso Massimo d'Azeglio, 33/E, 10126 Torino. Trattasi del soggetto iscritto nel Registro degli Intermediari Assicurativi presso l'IVASS con il numero D000675247.

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

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

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

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

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

Parti: L'Assicurato e l'Assicuratore.

Periodo Assicurativo Ricorrente: l'intervallo temporale annuale cui si riferisce la Copertura assicurativa ricorrente acquistata dall'Assicurato, indicato nel Certificato di Assicurazione.

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

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

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

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

Prescrizione: Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla legge.

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

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



CNP SANTANDER INSURANCE

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

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

TIMFin Assicura Persona

Dental Service

Data ultimo aggiornamento 10/02/2026

CAPITOLO I – NORME CONTRATTUALI

AVVERTENZA: a norma dell'articolo 166, comma 2, del D.Lgs. 209/2005 "Codice delle Assicurazioni Private", si richiama l'attenzione dell'Assicurato sulle clausole evidenziate in grassetto o in altri colori contenenti decadenze, nullità, limitazioni delle garanzie, ovvero oneri a carico dell'Assicurato.

Art 1. Oggetto della Copertura

L'Assicuratore riconosce all'Assicurato, ***alle condizioni previste nelle presenti Condizioni di Assicurazione***, la seguente Copertura valida in tutti i Paesi del mondo:

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

Art. 2 – Carenza e Franchigia

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

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

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

Il Periodo di riqualificazione dura:

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

La garanzia Ricovero Ospedaliero non prevede franchigia, salvo per i Ricoveri dovuti a parto, che vengono indennizzati soltanto qualora il ricovero abbia durata di cinque o più giorni consecutivi.

Art. 3. Conclusione del Contratto di Assicurazione

L'assicurato conclude il Contratto di Assicurazione mediante adesione telefonica, secondo quanto previsto all'art.121 del Codice delle Assicurazioni e dal Regolamento IVASS n. 40/2018. L'Assicuratore provvederà ad inviare la documentazione contrattuale all'Assicurato su supporto cartaceo o supporto durevole, nel formato prescelto dall'Assicurato al momento dell'adesione telefonica; l'Assicurato 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 l'Assicurato 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 dell'Assicurato, 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 dell'Assicurato, da effettuarsi ad opera di consulenti medici di fiducia dell'Assicuratore, il costo delle quali sarà a totale carico dell'Assicuratore medesimo.

Art. 4. Decorrenza e cessazione delle Garanzie

Art. 4.1 Decorrenza delle Garanzie

Le Garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 (ventiquattro) della Data di Decorrenza, indicata sul Certificato di Assicurazione quale giorno di adesione telefonica alla Polizza da parte dell'Assicurato.

Art. 4.2 Durata del Contratto di Assicurazione. Cessazione delle Garanzie

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

- a) su iniziativa dell'Assicurato, ai sensi del successivo art.5 del presente Contratto di Assicurazione;
- b) su iniziativa dell'Assicuratore ad ogni ricorrenza annuale, laddove il medesimo comunichi disdetta all'Assicurato almeno 60 (sessanta) giorni prima della corrispondente data di scadenza annuale;
- c) alla prima scadenza del Periodo Assicurativo Ricorrente immediatamente successiva al raggiungimento dei limiti di età di cui all'art. 18 delle presenti Condizioni di Assicurazione da parte dell'Assicurato;
- d) nel caso cui i pagamenti eseguiti dalla Compagnia raggiungano l'ammontare del Massimale indicato all'art.19.

Art. 5 Diritto di recesso dalla Polizza e disdetta

Art. 5.1 Diritto di Ripensamento

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

Il recesso determina la cessazione delle Coperture assicurative, dalle ore 24.00 (ventiquattro) del giorno di spedizione della raccomandata o della telefonata, e la restituzione all'Assicurato, 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.

Art. 5.2 Disdetta

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

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

Art. 6 Premio dell'assicurazione

Il Premio è annuo ed è indipendente dall'età e dal sesso dell'Assicurato.

Il premio dipende dall'importo delle prestazioni e dalle opzioni prescelte dall'Aderente 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 delle singole rate mensili di Premio è indicato sul Certificato di Assicurazione ed è comprensivo dell'imposta di Assicurazione.

6.1 Mancato pagamento del Premio

Se l'Assicurato non paga la prima rata di Premio stabilita dal contratto, l'Assicurazione resta sospesa fino alle ore 24 (ventiquattro) del giorno in cui l'Assicurato paga quanto è da lui dovuto ed eventuali Sinistri occorsi durante il periodo di sospensione non sono coperti.

Se alle scadenze convenute l'Assicurato non paga le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 (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 l'Assicurato non provveda a versare le rate mensili di Premio entro 45 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 dell'Assicurato.

Art. 7 Beneficiari delle Prestazioni

Beneficiario delle Prestazioni liquidate in base alla garanzia Ricovero Ospedaliero conseguente ad Infortunio o Malattia è l'Assicurato.

AVVERTENZA "SANZIONI INTERNAZIONALI": Non possono essere Beneficiari i cittadini o i residenti di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU, dall'Unione Europea e dagli Stati Uniti d'America o comunque i soggetti inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).

Art. 8 Limiti territoriali

Il Contratto di Assicurazione assicura Copertura in relazione agli eventi verificatisi in qualsiasi località del mondo.

Art. 9 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 all'Assicurato con un preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni rispetto alla data di efficacia, fermo restando il diritto dell'Assicurato di recedere dal Contratto di Assicurazione prima della data di efficacia delle modifiche.

Art. 10 Comunicazioni

Fatto salvo quanto diversamente specificato, *tutte le comunicazioni da parte dell'Assicurato 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 in forma scritta 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); e-mail assistenzatimfin@it.cnpsantander.com*

Eventuali comunicazioni da parte dell'Assicuratore saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dall'Assicurato.

Art. 11 Cessione dei diritti

L'assicurato non potrà in alcun modo cedere o trasferire a terzi o vincolare a favore di terzi i diritti derivanti dalla Polizza.

Art. 12 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

AVVERTENZA IMPORTANTE:

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti fornite dall'Assicurato per la conclusione del contratto possono compromettere il 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. 13 Prescrizione

I diritti derivanti dai Contratti di Assicurazione contro i danni si prescrivono nel termine di 2 (due) anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Art. 14 Legge applicabile

La legge applicabile al Contratto di Assicurazione è quella italiana.

Art. 15 Foro competente. Controversie medico-legali

Per qualunque controversia giudiziale derivante dall'applicazione o interpretazione del Contratto di Assicurazione, sorta tra l'Assicuratore e l'Assicurato, così come individuato nelle Condizioni di Assicurazione, la giurisdizione è esclusivamente quella italiana e competente in via esclusiva, è il Tribunale del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato previo lo svolgimento di un tentativo obbligatorio di mediazione presso l'organismo di conciliazione del luogo di residenza dell'Assicurato o, se diverso, del luogo dove è domiciliato l'Assicurato.

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

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

Art. 16 Reclami

Reclami alla Compagnia

Eventuali reclami, riguardanti il rapporto contrattuale e / o la gestione dei Sinistri, devono essere presentati in forma scritta e inviati via posta o e-mail 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); reclamitimfin@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 45 (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:

- presentare ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org);
- 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.

Reclami all'Intermediario

Eventuali reclami, riguardanti l'Intermediario che ha svolto l'attività di intermediazione, devono essere presentati in forma scritta scritto e inviati via posta o e-mail al seguente recapito: TIMFin S.p.A. - Ufficio Reclami - corso Massimo d'Azeglio 33/E, 10126 Torino - Italia – e-mail: reclami@timfin.it - PEC: reclami.timfin@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.



CNP SANTANDER INSURANCE

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.

CAPITOLO II - COPERTURE ASSICURATIVE (PRESTAZIONI ED INDENNIZZI)

Art. 17 Prestazione Assicurativa

La Copertura prevede quanto segue:

RICOVERO OSPEDALIERO CONSEGUENTE AD INFORTUNIO O MALATTIA.

Fatto salvo quanto previsto dalle Esclusioni di Polizza di cui al successivo Capitolo III delle Condizioni di Assicurazione il rischio assicurato è quello di Ricovero Ospedaliero conseguente ad Infortunio o Malattia, a patto che tale Ricovero Ospedaliero si sia verificato:

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

Nello specifico, l'Assicuratore liquida, per ciascun Assicurato che abbia subito un **Ricovero Ospedaliero conseguente ad Infortunio o Malattia** una diaria giornaliera pari all'ammontare indicato sul Certificato di Assicurazione, determinata sulla base del Premio assicurativo prescelto dall'Assicurato nell'ambito delle opzioni offerte dall'Assicuratore per la durata massima di **100 giorni nel caso di Ricovero Ospedaliero conseguente ad Infortunio e 50 giorni nel caso di Ricovero Ospedaliero conseguente a Malattia**.

La diaria giornaliera sarà corrisposta in relazione a ciascun pernottamento in Ricovero Ospedaliero.

Per periodi di Ricovero Ospedaliero inferiori ad una notte, non sarà corrisposta alcuna Diaria.

Il Ricovero Ospedaliero per parto viene indennizzato soltanto qualora abbia durata di almeno 5 giorni consecutivi.

CAPITOLO III – LIMITI ED ESCLUSIONI

Art. 18 Persone assicurabili. Limiti d'età

18.1 Persone assicurabili

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 superiore o uguale al 33% (trentatré percento).

18.2 Limiti d'età

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

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

Art. 19 Massimale

La Compagnia indennizza un numero massimo di giorni di ricovero per ciascun anno assicurato pari a 100 per ricoveri dovuti a Infortunio e 50 per ricoveri dovuti a Malattia. L'importo erogato dipende dal piano scelto dall'Assicurato in fase di sottoscrizione e dall'evento che ha causato il ricovero.

Esempio di ammontare massimo delle Prestazioni erogabili dalla Compagnia:

Nell'ipotesi che l'Assicurato abbia scelto un piano che prevede un rimborso giornaliero pari a € 150

Il Massimale annuo è pari a € 15.000 per ricoveri dovuti ad Infortunio e ad € 7.500 per ricoveri dovuti a Malattia.

Art. 20 Esclusioni

Le Coperture sono escluse e non saranno operanti per i Sinistri derivanti da o che siano conseguenti a:

- a) dolo dell'Assicurato o del Beneficiario;*
- b) gli atti di terrorismo e gli stati di guerra, in qualsiasi circostanza. I Sinistri verificatisi nei primi 14 giorni dall'inizio degli eventi bellici non sono esclusi se l'Assicurato sia stato già presente sul luogo degli stessi al momento del loro insorgere;*
- c) azioni intenzionali dell'Assicurato quali: suicidio dell'Assicurato (anche laddove questo avvenga nei primi due anni dalla Data di Conclusione); il tentato suicidio; la mutilazione volontaria; i Sinistri provocati volontariamente dall'Assicurato; i Sinistri che siano conseguenza dell'uso di stupefacenti o di medicine in dosi non prescritte dal medico, o di stati d'alcolismo acuto o cronico;*
- d) incidenti aerei, se l'Assicurato viaggia a bordo di aeromobile non autorizzato al volo o con pilota non titolare di brevetto idoneo o scaduto;*
- e) partecipazione a corse di velocità e relativi allenamenti, con qualsiasi mezzo a motore;*
- f) stati depressivi, minorazioni dell'integrità psichica, affezioni psichiatriche o neuropsichiatriche o dell'assunzione in via continuativa di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;*
- g) esplosioni atomiche o di radiazioni atomiche;*
- h) pratica di Attività Sportive Professionistiche, della pratica del paracadutismo o di sport aerei in genere;*

- i) 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.*
- j) compimento intenzionale di un crimine o delitto o del tentativo di tali atti,*
- k) trombe d'aria, uragani, terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni ed altri sconvolgimenti della natura;*
- l) fratture causate direttamente o indirettamente da una malattia delle ossa;*

CAPITOLO IV – DENUNCE E GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 21 Denuncia dei Sinistri

AVVERTENZA IMPORTANTE:

La denuncia può essere presentata online, attraverso il nostro portale eClaims disponibile al sito www.eclaims.cnpsantander.it oppure scaricando l'App sullo smartphone.

In alternativa, i Sinistri possono essere denunciati in forma scritta inviando il modulo "Denuncia di Sinistro" e tutta la documentazione richiesta dall'Assicuratore

- *via e-mail, all'indirizzo sinistritimfin@it.cnpsantander.com.*
- oppure*
- *con Lettera Raccomandata con ricevuta di ritorno, all'indirizzo CNP Santander Insurance Europe DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia – Gestione Servizio Clienti e Ufficio Sinistri Casella Postale n. 10015, CDP Milano ISOLA, c.a.p. 20159, Milano (MI).*

L'Assicurato potrà 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) oppure scrivendo all'indirizzo e-mail sinistritimfin@it.cnpsantander.com.

AVVERTENZA IMPORTANTE: DOCUMENTAZIONE

L'Assicurato dovrà allegare al modulo "Denuncia di sinistro" tutta la documentazione di seguito indicata relativa all'Assicurato, necessaria a verificare il diritto alla Prestazione:

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

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

L'Assicurato può chiedere ulteriori informazioni relativamente alle modalità di denuncia del Sinistro telefonando al Servizio dedicato al numero 800 19 49 77.



CNP SANTANDER INSURANCE

Art. 22 Liquidazione dei Sinistri

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

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

INFORMATIVA PRIVACY

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

1. Chi sono i titolari del trattamento dei tuoi dati personali?

CNP Santander Insurance Europe DAC – Rappresentanza Generale per l'Italia (di seguito "l'Assicuratore"), opera in qualità di titolare del trattamento.

L'Assicuratore informa che i dati personali dell'Aderente, dell'Assicurato e dei Beneficiari (di seguito gli "Interessati"), compresi i dati sensibili (per esempio: informazioni sullo stato di salute) e giudiziari sono trattati per le finalità indicate nel punto 4.

È importante che i dati personali che conserviamo siano corretti. Ti preghiamo di comunicarci eventuali modifiche. Ad esempio, se cambi indirizzo, numero di telefono o indirizzo e-mail, è importante che tu ce lo faccia sapere il prima possibile.

2. Come puoi contattarci o chiedere assistenza?

Puoi rivolgerti al responsabile per la protezione dei dati (o Data Protection Officer), al seguente recapito: Data Protection Officer, CNP Santander Insurance Europe DAC, 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street Upper, Dublin 2, Irlanda; e-mail: dataprotectionofficer@cnp santander.com.

3. Quali sono le categorie di dati personali che raccogliamo e trattiamo?

Potremmo raccogliere e trattare alcune o tutte le seguenti categorie di dati personali ma solo quando è necessario per le finalità indicate nel punto 4 e laddove vi sia una base giuridica che ne consenta il trattamento.

Dati individuali - Nome, indirizzo, altri dati di contatto (ad esempio, e-mail e numeri di telefono), nazionalità, dati dei familiari a carico, dati del conto bancario, dati fiscali.), altri dati di contatto (ad esempio, e-mail e numeri di telefono), nazionalità, dati dei familiari a carico, dati del conto bancario, dati fiscali.

Dati identificativi - Numeri di identificazione rilasciati da enti o agenzie governative, tra cui il tuo codice fiscale, numero di passaporto, patente di guida, dettagli del permesso di lavoro.

Informazioni sull'occupazione - Descrizione del lavoro e stipendio.

Informazioni finanziarie - Allo scopo di fornire Assicurazione sul credito, conserviamo i dettagli dell'importo del prestito associato.

Altre informazioni - Corrispondenza; e-mail e utilizzo dei nostri siti Web, .

Dati sensibili - Dati relativi alla salute.

Dati da altre fonti - Potremmo anche raccogliere Dati da altre fonti, inclusi dati pubblicamente disponibili (ad esempio, social media e contenuti online che hai reso pubblicamente disponibili). - Contenuti TV, radio e media - Elenchi di sanzioni UE e ONU.

L'Assicuratore raccoglie i dati direttamente dagli Interessati o da terzi autorizzati da essi. In alternativa possono essere ottenuti come conseguenza del rapporto contrattuale tra l'Assicuratore e gli Interessati. Infine, potremmo ottenere informazioni che sono disponibili pubblicamente.

4. Per quali finalità potremmo trattare i tuoi dati personali?

Potremmo trattare i tuoi dati personali, compresi i dati sensibili (per esempio: informazioni sullo stato di salute oppure dati giudiziari) secondo le basi giuridiche elencate nella tabella e per i relativi scopi:

Base Giuridica	Scopi di utilizzo
Adempimento degli obblighi contrattuali	Per instaurare e dare esecuzione al contratto assicurativo.
Adempimento di obblighi legali Un compito svolto nel pubblico interesse	Per soddisfare eventuali obblighi di legge, regolamentari o provvedimenti di autorità pubbliche o di organi di vigilanza e di controllo, ad esempio quando è prescritto dalla normativa antiriciclaggio, fiscale, anticorruzione, di prevenzione delle frodi nei servizi assicurativi, anche al livello del gruppo assicurativo CNP Assurance S.A.
Perseguimento di legittimi interessi dell'Assicuratore	Per svolgere l'attività di riassicurazione.
Perseguimento di legittimi interessi dell'Assicuratore	Per difendere i diritti delle Compagnie in sede giudiziale e stragiudiziale.
Perseguimento di legittimi interessi dell'Assicuratore	Per esaminare la qualità dei servizi tramite sondaggi ai clienti.
Perseguimento di legittimi interessi dell'Assicuratore	Una volta che sei diventato un cliente delle Compagnie e a meno che tu non ti opponga, per inviarti comunicazioni relative ai nostri prodotti e servizi, se sono simili a quelli che hai già sottoscritto.
Perseguimento di legittimi interessi dell'Assicuratore	Per migliorare l'assistenza fornita al cliente fornendo dati limitati all'Intermediario in relazione ai sinistri.
Consenso	Per inviare comunicazioni commerciali, e per finalità analitiche e di profilazione connesse a tali comunicazioni.
Consenso	Per trattare categorie di dati sensibili, inclusi quelli della salute.

5. Per quanto tempo saranno conservati i miei dati personali e quali sono le modalità del trattamento?

I dati personali raccolti 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 dal termine del contratto al fine di gestire ed evadere le richieste delle autorità competenti, gestire eventuali contenziosi giudiziali e/o stragiudiziali, nonché gestire e rispondere a eventuali richieste di risarcimento del danno. In ogni caso e a seconda della specifica finalità di trattamento e tipologia di dato trattato, è possibile 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.

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.

I dati personali degli Interessati sono trattati mediante strumenti manuali e con l'ausilio di mezzi informatici ed elettronici o comunque automatizzati.

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.

6. A chi possono essere comunicati i tuoi dati?

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

6.2. 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) all'Intermediario;
- c) alle imprese di riassicurazione;
- d) in quanto parte di un gruppo assicurativo, tra le società appartenenti al gruppo CNP Assurances S.A., ove necessario, per rispettare i nostri vari obblighi legali e normativi sopra descritti; e per perseguire i nostri legittimi interessi;
- e) alle autorità finanziarie o giudiziarie, agenzie statali o enti pubblici nei limiti consentiti dalla legge.

6.3. I soggetti a cui possono essere comunicati i dati personali dell'Interessato 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".

7. I miei dati personali possono essere trasferiti all'estero?

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 dell'autorità competente. Per i trasferimenti verso paesi in cui il livello di protezione non è stato riconosciuto come adeguato, l'Assicuratore garantisce che avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato. Puoi richiedere maggiori dettagli su tali garanzie, ai recapiti sopraindicati al punto 2.

8. Quali sono i tuoi diritti?

Hai sempre diritto di ottenere conferma se l'Assicuratore stia trattando o meno i tuoi dati personali e, nel caso, di averne accesso e di conoscere quali sono i dati trattati.

Puoi conoscere anche 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 venirne a conoscenza in qualità di responsabili o incaricati. Oltre a ciò, puoi chiedere informazioni sulle finalità del trattamento e il periodo di conservazione (o i criteri per determinarlo), e l'origine dei dati (se non raccolti presso l'Interessato).

L'Interessato ha inoltre il diritto di 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. Finalmente l'Interessato ha diritto alla portabilità dei propri dati personali, secondo quanto stabilito dal GDPR.

9. Come posso presentare un reclamo in merito al trattamento dei dati personali?

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 Venezia, 11 00187 Roma; b) PEC all'indirizzo: protocollo@pec.gpdp.it.



CNP SANTANDER INSURANCE

CERTIFICATO DI ASSICURAZIONE

Polizza contro il rischio di Ricovero Ospedaliero conseguente a Infortunio o Malattia

TIMFin Assicura Persona

emessa da CNP Santander Insurance Europe DAC - Rappresentanza Generale per l'Italia

Numero di polizza: _____ Data di Decorrenza/Data di Conclusione del Contratto: _____

Periodo Assicurativo Ricorrente: anno _____ Durata Contratto: a tempo indeterminato

Diaria giornaliera in caso di Ricovero Ospedaliero, per ciascuna notte di Ricovero: _____

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 _____ E-mail _____ Cellulare _____

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

DICHIARA

- di aver aderito alla Polizza suddetta, indicando come Assicurato sé stesso/a;
- 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 percento) ai sensi del T.U. disciplinante la materia di cui al D.P.R. 30 giugno 1965 n. 1124 e successive modifiche ed integrazioni.

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

Firma dell'Assicurato _____

L'Assicurato 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. 2 "Carenza e Franchigia", "7 Beneficiari delle prestazioni", 11 "Cessione dei Diritti", 12 "Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio", 15 "Foro competente. Controversie Medico-Legali", 18 "Persone assicurabili. Limiti d'età", 20 "Esclusioni", 21 "Denuncia dei Sinistri".

Firma dell'Assicurato _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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

Ho preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali contenuta nell'Informativa Privacy, 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 dell'Assicurato _____

Data _____

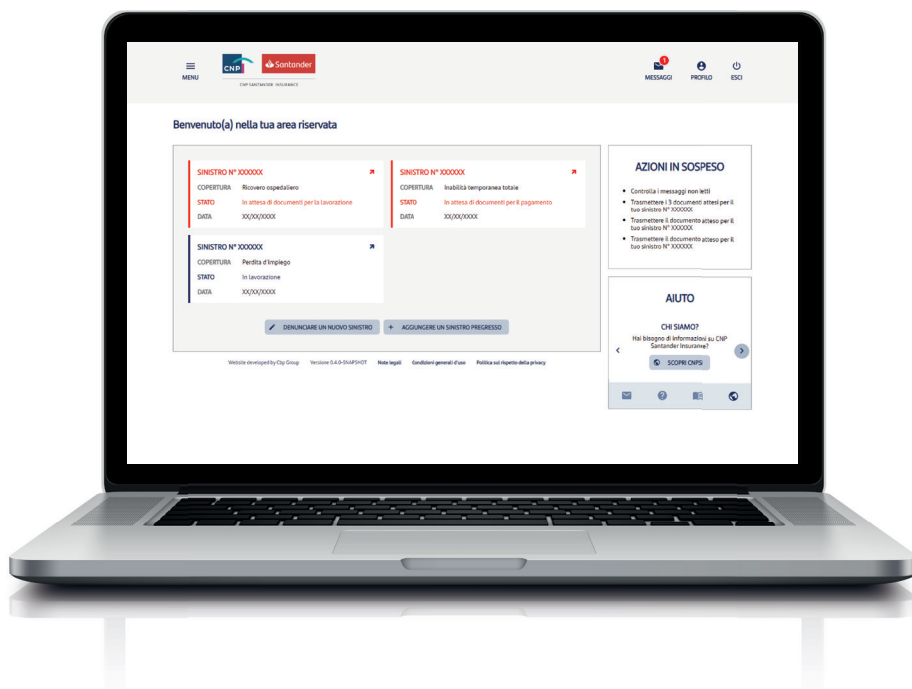
FAC SIMILE - Per i dettagli relativi alla specifica Copertura assicurativa richiesta si prega di fare riferimento al Certificato di Assicurazione in forma personalizzata consegnato dalla Compagnia



CNP SANTANDER INSURANCE

eClaims

SEMPLICE - VELOCE - SICURO



Scarica l'app dallo Store oppure dal sito:
www.eclaims.cnpsantander.it

Denuncia il tuo sinistro in modo semplice con eClaims.

SEMPLICE

- Invia la tua richiesta ad un nostro consulente
- Invia i documenti necessari
- Consulta i pagamenti del tuo sinistro

VELOCE

- Denuncia un sinistro
- Aggiorna i tuoi dati personali
- Segui le decisioni prese riguardo la pratica

SICURO

- Accedi a tutte le comunicazioni legate ai tuoi sinistri
- Accesso sicuro



Termini e condizioni

INFORMAZIONI GENERALI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

11. Sono a disposizione degli Isritti i seguenti contatti:

Tel. 800.864.568;

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