

DOCTOR SMILE

La prima polizza
per la salute
dei vostri denti



CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE
PB59S500.306



TORO
ASSICURAZIONI

MODALITÀ PER L'ACCESSO ALLA CENTRALE OPERATIVA

Newmed S.p.A., con sede in Milano - Corso Indipendenza n° 6, tel. 02/75.26.18.1 - società di servizi, specializzata nella gestione di prodotti e programmi sanitari, che provvede a stipulare convenzioni in Italia e all'estero con strutture sanitarie e professionisti medici, di cui TORO Assicurazioni S.p.A. si avvale per la gestione dei sinistri.

Newmed S.p.A. ha stipulato degli accordi di convenzionamento con Studi Odontoiatrici e un vasto numero di Istituti di cura, medici professionisti e laboratori di analisi. Newmed S.p.A., tramite il proprio servizio di Customer Care Center al numero

800-55.77.88

o attraverso la consultazione del sito

www.newmed.net

o attraverso il fax al numero

02-70.10.82.03

è a disposizione degli Assicurati per segnalare le strutture sanitarie convenzionate (Network) presso le quali si può usufruire dei migliori professionisti. Nel caso l'Assicurato non intendesse utilizzare una struttura in Network, il servizio di Customer Care Center è comunque a disposizione per illustrare le modalità e le condizioni per accedere al rimborso di quanto spettategli a termini della Copertura Assicurativa. L'ambito delle prestazioni ed i limiti di rimborso sono descritti in dettaglio nelle condizioni generali e particolari che formano parte integrante del contratto.

Il numero verde non è accessibile per le chiamate provenienti dall'estero e dai cellulari. In questi due casi il numero da contattare è:

02-75.26.18.17

Pagina

3 Benvenuti tra gli Assicurati Toro

DOCTOR SMILE

5 CAPITOLO I - GARANZIE ASSICURATIVE

5 1.1 - Oggetto dell'Assicurazione

5 1.2 - Limiti di rimborso

6 1.3 - Compilazione del Questionario Odontoiatrico e Prevenzione annuale

6 1.4 - Abitudine al fumo

7 CAPITOLO II - SISTEMI DI LIQUIDAZIONE

7 2.1 - Prestazioni fuori Network

7 2.1.1 - Come richiedere il rimborso

7 2.1.2 - Come si procede al pagamento

8 2.2 - Prestazioni nel Network

8 2.2.1 - Come richiedere il rimborso

8 2.2.2 - Come si procede al pagamento

9 2.2.3 - Come richiedere il pagamento diretto

9 2.3 - Quando non è ammesso il pagamento diretto

10 2.4 - Valutazione sulla rimborsabilità delle spese

10 2.5 - Ulteriore documentazione richiesta

11 CAPITOLO III - RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE

13 CAPITOLO IV - PERSONE NON ASSICURABILI

14 CAPITOLO V - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

14 5.1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

14 5.2 - Assicurazione presso diversi Assicuratori

14 5.3 - Pagamento del premio e decorrenza della Garanzia

14 5.4 - Modifiche dell'Assicurazione

14 5.5 - Assicurazione per conto altrui

14 5.6 - Periodo di Assicurazione

14 5.7 - Proroga del Contratto

15 5.8 - Oneri fiscali

15 5.9 - Controversie – Arbitrato irrituale

16 5.10 - Validità territoriale

16 5.11 - Rinvio alle Norme di Legge

17 ALLEGATO 1 - NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

21 DEFINIZIONI

■ **BENVENUTI TRA GLI ASSICURATI TORO**

Siamo orgogliosi che ci abbiate affidato il delicato compito di tutelare la vostra salute e quella della vostra famiglia. Ne avremo la massima cura.

■ **Cos'è**

È un'assicurazione sanitaria riservata esclusivamente alle cure dentarie, personalizzabile, che vi permette di far fronte agli imprevisti che potrebbero compromettere la vostra salute .

■ **COSA ASSICURA**

Il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato, a seguito di malattia o infortunio, per le cure odontoiatriche coperte dall'assicurazione, secondo i termini e gli importi stabiliti dal contratto.

■ **COM'È COMPOSTA**

Doctor Smile è costituita da 4 Forme:

- n. I Forma Base
- n. II Forma Media
- n. III Forma Alta
- n. IV Forma Top

■ **COME SI STIPULA**

Il Cliente espone all'Agente Toro le sue necessità e gli eventi per i quali desidera tutelarsi.

L'agente richiede all'Assicurato la compilazione del questionario sanitario odontoiatrico, Mod. M040, che forma parte integrante del contratto, e la cui mancata sottoscrizione rende inoperante la polizza nei confronti dell'assicurato che ha omesso la relativa sottoscrizione.

L'Agente prepara, sulla base dei risultati contenuti nel questionario, un preventivo dettagliato e personalizzato. Inoltre fornisce al Cliente materiale informativo utile a conoscere e comprendere chiaramente la polizza, in particolare le presenti Condizioni di Assicurazione.

Se quanto proposto è di gradimento del Cliente, l'Agente, sulla base di quanto lo stesso gli comunica, compila la polizza nella quale specifica i dati del Contraente e degli Assicurati, il modulo scelto con il relativo massimale.

Il Contraente firma la polizza e versa il relativo premio.

Il contratto è ora impegnativo per le parti.

■ **QUESTO LIBRETTO È UN DOCUMENTO CONTRATTUALE**

Il presente fascicolo fa parte del contratto di assicurazione. Leggetelo attentamente.

Dal punto di vista normativo non occorrerebbe altro.

Toro ha voluto però andare più in là, aiutando i suoi clienti a comprendere al meglio le loro polizze e chiarendo i punti più articolati fin dall'inizio.

Abbiamo quindi realizzato questo fascicolo suddividendolo in due parti affiancate, una su fondo colorato e una su fondo bianco.

Sul fondo bianco è riportato il testo contrattuale, sul fondo colorato è affiancato il commento che integra la stesura ufficiale con esempi, chiarimenti e consigli

Una vera e propria guida alla lettura delle Condizioni di Assicurazione .

Il tutto per aiutarvi a capire Doctor Smile in ogni suo aspetto.

■ **TRASPARENZA TORO**

Questa particolare impostazione, innovativa, rispecchia la volontà di Toro Assicurazioni di superare eventuali difficoltà nel rapporto di chiarezza tra Assicurato e Società.

Di grande aiuto sarà, naturalmente, l'Agente Toro, che con la sua professionalità ed esperienza sarà per voi un consulente sollecito e in caso di necessità saprà indirizzarvi presso le strutture più idonee per risolvere i vostri problemi.

Le condizioni di assicurazione riportate nelle pagine che seguono costituiscono parte integrante della polizza S500 stipulata dal Contraente su modello PA59S500.306.

In ottica di trasparenza le parti del testo sottolineate rispondono ai criteri di evidenziazione previsti dal Nuovo Codice delle Assicurazioni.

■ **RESTA PERTANTO INTESO CHE:**

- 1) si intendono richiamate, a tutti gli effetti, le dichiarazioni del Contraente/Assicurato riportate sul modulo di polizza;
- 2) l'assicurazione è prestata per il massimale indicato, per la singola forma prescelta sul modulo di polizza, con i limiti di rimborso previsti nelle presenti condizioni.

Capitolo I - GARANZIE ASSICURATIVE

1.1 Oggetto dell'Assicurazione

La Società assicura il rimborso delle spese sanitarie odontoiatriche, sostenute dall'Assicurato a seguito di malattia o infortunio ed effettuate nel periodo assicurativo per le prestazioni relative a:

- In caso sia operativa la **forma di garanzia A - Base:**
Igiene;
Prima cura.
- In caso sia operativa la **forma di garanzia B - Media:**
Igiene;
Prima cura;
Parodontologia;
Chirurgia;
Conservativa - Endodonzia.
- In caso sia operativa la **forma di garanzia C – Alta**
oppure
in caso sia operativa la **forma di garanzia D - Top:**
Igiene;
Prima cura;
Parodontologia;
Chirurgia;
Conservativa - Endodonzia;
Implantologia;
Protesi;
Gnatologia.

La descrizione delle prestazioni sopraelencate e le relative voci sono riportate nel Nomenclatore Tariffario – Allegato 1. Il Nomenclatore è garantito per tutta la durata contrattuale, ma è soggetto a eventuali aggiornamenti, secondo quanto previsto all'art. 5.7 – Proroga del contratto.

Per Prima cura si intendono le voci 03, 05, 14, 19, 21, 23, 25, 39 del Nomenclatore tariffario.

Per Igiene si intendono le voci 07, 08 e 09 del Nomenclatore Tariffario.

1.2 Limiti di rimborso

La Società assicura il rimborso, sino alla concorrenza del massimale riportato sul modulo di polizza per ciascun Assicurato nella relativa casella, delle spese sanitarie odontoiatriche indicate al punto precedente:

- complessivamente per una o più prestazioni odontoiatriche effettuate nello stesso periodo assicurativo annuo;
- per i trattamenti di lunga durata e prestazioni complesse o comunque per una o più prestazioni dipendenti dalla stessa malattia o infortunio.

Il rimborso avverrà sino alla concorrenza dell'importo previsto nel Nomenclatore Tariffario di cui all'allegato 1 per la voce corrispondente alla prestazione, nel rispetto dei vincoli indicati e comunque entro l'importo della

● *Si ricorda che per trattamenti complessi e di lunga durata si intendono quei trattamenti il cui rimborso previsto sia superiore a 1000 Euro.*

spesa sostenuta. La prestazione odontoiatrica dovrà essere eseguita durante il periodo assicurativo previsto in polizza.

1.3 Compilazione del Questionario Odontoiatrico e Prevenzione annuale

All'Assicurato saranno rimborsate, nei limiti di cui al punto 1.2, le spese per la visita odontoiatrica utile alla compilazione del questionario sanitario odontoiatrico (mod. M040). L'Assicurato dovrà presentare alla Centrale Operativa gli originali dei documenti di spesa, quietanzati e con il previsto bollo di tassa pagata, unitamente al Modulo per la richiesta del rimborso spese, Mod. MRR1.

L'Assicurato avrà inoltre diritto, ogni dodici mesi e a partire dal secondo anno, ad una visita odontoiatrica di controllo (prestazione 02, comprensiva delle prestazioni 07 o 08, del Nomenclatore Tariffario); inoltre, per gli Assicurati con età inferiore a 13 anni, è anche prevista la sigillatura dei solchi per elemento (prestazione 09), purché avvenga una sola volta nell'arco temporale di validità della polizza. Il rimborso avverrà tramite pagamento diretto se la visita avverrà presso gli istituti convenzionati, secondo le modalità previste al punto 2.2.3. Qualora invece la visita avvenga fuori Network, il rimborso avverrà secondo le modalità previste al punto 2.1.1. Il rimborso di tali prestazioni, se erogate presso gli istituti convenzionati, corrisponderà al 100% dell'importo previsto.

I rimborsi relativi alla visita per la compilazione del questionario e alla visita di prevenzione annuale non saranno computati ai fini del raggiungimento del massimale annuo di polizza.

1.4 Abitudine al fumo

L'Assicurato è definito non-fumatore se dichiara di non aver mai fumato nel corso dei cinque anni precedenti; è definito fumatore se non rilascia la dichiarazione di cui sopra.

Nel caso di modifica dello stato di non-fumatore e di fumatore dell'Assicurato, intervenuta nel corso della durata del contratto, il Contraente e l'Assicurato sono tenuti a darne informazione alla Società, a mezzo lettera raccomandata.

Testo di spiegazione

Attenzione! Anche per trattamenti di lunga durata le prestazioni dovranno avvenire all'interno del periodo di copertura della polizza.

The image shows a form titled 'MODULO PER IL RIMBORSO DELLE SPESE ODONTOIATRICHE'. It contains several sections:

- Fields for patient information: 'Cognome e Nome', 'Data di Nascita', 'Via', 'C.A.P.', 'Città', 'Prov.', 'Tel.', 'E-mail'.
- A section for the dentist: 'Cognome e Nome', 'Data di Nascita', 'Via', 'C.A.P.', 'Città', 'Prov.', 'Tel.', 'E-mail'.
- A table with columns for 'Data', 'Descrizione della prestazione', 'Importo', and 'Importo rimborsato'.
- A section for the dentist's signature and stamp: 'Firma del Dentista', 'Stampato', 'Data'.
- A section for the patient's signature and stamp: 'Firma dell'Assicurato', 'Stampato', 'Data'.
- A section for the insurance company's signature and stamp: 'Firma della Compagnia', 'Stampato', 'Data'.
- The TORO logo is visible at the bottom left.

Capitolo II - SISTEMI DI LIQUIDAZIONE

L'Assicurato che necessiti di una prestazione odontoiatrica potrà rivolgersi al proprio medico odontoiatra di fiducia (Paragrafo 2.1) oppure ad uno degli Studi Odontoiatrici convenzionati con il Network (Paragrafo 2.2) direttamente, o attraverso la Centrale Operativa, usufruendo di condizioni privilegiate in termini di costi e di modalità di pagamento.

Sono ammesse a rimborso solamente le prestazioni previste nel Nomenclatore con le limitazioni indicate per ciascuna prestazione.

L'Assicurato dovrà inoltre sciogliere dal segreto professionale i medici che l'hanno visitato e curato.

2.1 Prestazioni fuori Network

Se l'Assicurato decide di recarsi dal proprio medico di fiducia non potrà usufruire del pagamento diretto; il pagamento delle prestazioni rimarrà a carico dell'Assicurato, il quale successivamente richiederà alla Società il rimborso delle spese indennizzabili, che avverrà con le modalità di cui ai successivi punti 2.1.1 e 2.1.2.

2.1.1 Come richiedere il rimborso

L'Assicurato, non appena ne abbia la possibilità, dovrà presentare alla Centrale Operativa gli originali dei documenti di spesa, quietanzati e con il previsto bollo di tassa pagata, unitamente al Modulo per la richiesta del rimborso spese, Mod. MRR1, allegando la documentazione richiesta, e la Scheda di Intervento, Mod. MSC1 (compilata a cura del medico odontoiatra) a fine cura.

In caso di trattamento di lunga durata e prestazioni complesse dovrà essere inviata a inizio cura la Scheda di Intervento, Mod. MSC1 (compilata a cura del medico odontoiatra) e a fine cura gli stessi documenti sopra elencati. Le fatture d'acconto sono rimborsabili singolarmente previo invio della Scheda di Intervento aggiornata. L'ultima fattura corredata con Scheda di Intervento di fine cura sarà considerata come saldo finale.

Si intende che il massimale relativo al trattamento di lunga durata è quello relativo all'anno di inizio del trattamento.

Non sono ammesse in ogni caso fatture di odontotecnici o di odontoprotesisti.

2.1.2 Come si procede al pagamento

La Centrale Operativa, per conto della Società, rimborsa le spese garantite a cura ultimata, ovvero alla presentazione delle fatture d'acconto, su esibizione degli originali e delle relative notule, distinte e ricevute fiscalmente valide e debitamente quietanzate, previste dal Nomenclatore Tariffario. Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle fatture per ottenere un rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente polizza al netto di quanto a carico dei predetti terzi, dietro presentazione della copia delle fatture e delle spese sostenute dal-

Testo di spiegazione

Per le modalità d'accesso vedere allegato "Modalità per l'accesso alla Centrale Operativa".

E' comunque sempre utile una telefonata alla Centrale Operativa per risolvere dubbi e problemi nel migliore modo possibile.

Attenzione! Nel Modello dovrà essere riportato il numero della prestazione che si può rilevare nel Nomenclatore Tariffario.

l'Assicurato e del documento in originale comprovante il rimborso effettuato dai suddetti terzi.

Ricevuta la prevista documentazione e compiuti gli accertamenti richiesti, la Società liquida, entro 30 giorni lavorativi, gli indennizzi che risultino dovuti.

Le fatture, notule, distinte e ricevute inviate dall'Assicurato saranno successivamente restituite dalla Centrale Operativa all'Assicurato stesso, debitamente quietanzate dalla stessa.

I rimborsi sono corrisposti in Italia in Euro. Nel caso di spese sostenute in Paesi non appartenenti all'Unione Europea o appartenenti alla stessa ma che non abbiano adottato l'Euro come valuta, il rimborso sarà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui sono state sostenute le spese.

2.2 Prestazione nel Network

Se l'Assicurato decide di rivolgersi ad uno dei centri odontoiatrici convenzionati con il Network e il rimborso previsto è inferiore a 300,00 Euro complessive, il pagamento delle prestazioni odontoiatriche è a carico dell'Assicurato, il quale successivamente richiederà alla Società il rimborso delle spese indennizzabili, che avverrà con le modalità di cui ai successivi punti 2.2.1 e 2.2.2.

Per spese di importo superiore a 300,00 Euro complessive, la Società effettuerà direttamente il pagamento delle prestazioni ricevute dall'Assicurato, come disciplinato dal punto 2.2.3.

Restano a carico dell'Assicurato la parte di spesa eccedente l'importo previsto nel Nomenclatore Tariffario, nonché le prestazioni non garantite dalla presente polizza.

2.2.1 Come richiedere il rimborso

Il pagamento delle prestazioni odontoiatriche è a carico dell'Assicurato, il quale successivamente richiederà alla Società il rimborso delle spese indennizzabili, che avverrà con le modalità descritte nei successivi punti.

L'Assicurato non appena ne avrà la possibilità dovrà presentare alla Centrale Operativa gli originali dei documenti di spesa, quietanzati e con il previsto bollo di tassa pagata, unitamente al Modulo per la richiesta del rimborso spese, Mod. MRR1, allegando la documentazione richiesta, e la Scheda di Intervento, Mod. MSC1 (compilata a cura del medico odontoiatra) a fine cura.

Non sono ammesse in ogni caso fatture di odontotecnici o di odontoprotesisti.

2.2.2 Come si procede al pagamento

La Centrale Operativa, per conto della Società, rimborsa le spese garantite a cura ultimata, ovvero alla presentazione delle fatture d'acconto, su esibizione degli originali e delle relative notule, distinte e ricevute fiscalmente valide e debitamente quietanzate, previste dal Nomenclatore Tariffario.

Testo di spiegazione

- *Attenzione! Con il sistema a rimborso, naturalmente, dovrete anticipare le spese che vi saranno rimborsate in seguito dalla Società, a termini di polizza.*
- *Con il pagamento diretto l'Assicurato ha l'importante vantaggio di non anticipare le spese, che possono gravare in modo significativo sul bilancio familiare. Si sottolinea che il pagamento diretto può avvenire solo per spese di importo superiore ai 300,00 Euro complessive. Vi ricordiamo che la Centrale Operativa è a vostra completa disposizione per ogni informazione.*
- *E' comunque sempre utile una telefonata alla Centrale Operativa per risolvere dubbi e problemi nel migliore modo possibile.*

- *Attenzione! Nel Modello dovrà essere riportato il numero della prestazione che si può rilevare nel Nomenclatore Tariffario.*

Testo di spiegazione

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi l'originale delle fatture per ottenere un rimborso, la Società effettua il pagamento di quanto dovuto a termini della presente polizza al netto di quanto a carico dei predetti terzi, dietro presentazione della copia delle fatture e delle spese sostenute dall'Assicurato e del documento in originale comprovante il rimborso effettuato dai suddetti terzi.

Ricevuta la prevista documentazione e compiuti gli accertamenti richiesti, la Società liquida, entro 30 giorni lavorativi, gli indennizzi che risultino dovuti.

Le fatture, notule, distinte e ricevute inviate dall'Assicurato saranno successivamente restituite dalla Centrale Operativa all'Assicurato stesso, debitamente quietanzate dalla stessa.

I rimborsi sono corrisposti in Italia in Euro. Nel caso di spese sostenute in Paesi non appartenenti all'Unione Europea o appartenenti alla stessa ma che non abbiano adottato l'Euro come valuta, il rimborso sarà calcolato al cambio rilevato dalla Banca Centrale Europea relativo al giorno in cui sono state sostenute le spese.

2.2.3 Come richiedere il pagamento diretto

La prestazione con pagamento in forma diretta si attiva mediante invio alla Centrale Operativa del fax di Richiesta Presa in carico Diretta, Mod. MRPD (compilazione a cura dell'Assicurato), almeno 3 giorni lavorativi prima della prestazione stessa.

La Centrale Operativa, ricevuta la richiesta, è tenuta a confermare telefonicamente all'Assicurato la possibilità di accedere al pagamento diretto e provvederà, solo in caso di presa in carico, ad inviare al medico dentista prescelto un fax di conferma con indicazione di limiti/massimali previsti dalla copertura.

A lavori ultimati il dentista convenzionato invia alla Centrale Operativa le fatture, notule, distinte e ricevute, fiscalmente valide e debitamente quietanzate e la Scheda di Intervento, Mod. MSC1 a fine cura.

Le fatture, notule, distinte e ricevute di cui sopra saranno successivamente restituite dalla Centrale Operativa all'Assicurato debitamente quietanzate dalla stessa.

Per i trattamenti di lunga durata e prestazioni complesse il dentista convenzionato invierà alla Centrale Operativa gli stessi moduli sopra elencati più la Scheda di Intervento, Mod. MSC1 a inizio cura. Le fatture d'acconto sono rimborsabili a se stanti previo invio della Scheda di Intervento aggiornata, Mod. MSC1; l'ultima fattura sarà considerata come saldo finale.

Si intende che il massimale relativo al trattamento di lunga durata è quello relativo all'anno di inizio del trattamento.

2.3 Quando non è ammesso il pagamento diretto

Premesso che la Società si riserva la facoltà di non consentire la procedura di pagamento diretto sulla base degli accertamenti disposti e della documentazione acquisita, la procedura di pagamento diretto non è comunque ammessa:

● Per le modalità d'accesso vedere allegato "Modalità per l'accesso alla Centrale Operativa".

● **Attenzione!** In tutti questi casi ricordatevi di attivare la procedura di rimborso delle spese sostenute, sempreché, ovviamente, dette spese siano rimborsabili a termini di polizza.

- 1) per prestazioni odontoiatriche rese necessarie da malattie o infortuni diversi da quelli per i quali è stato autorizzato il pagamento diretto;
- 2) quando l'istituto erogatore delle prestazioni non risulta convenzionato;
- 3) quando non sia stata avvisata preventivamente la Centrale Operativa;
- 4) nel caso in cui non sia stata trasmessa la documentazione medica richiesta dalla Centrale Operativa o l'Assicurato non si sia sottoposto agli accertamenti preventivi richiesti dalla Centrale Operativa;
- 5) per spese inferiori a 300,00 Euro.

In tutti questi casi, il rimborso, se dovuto, sarà effettuato secondo le norme di cui ai precedenti punti 2.2.1 e 2.2.2.

Sono comunque escluse dal pagamento diretto le spese, o eccedenze di spese, non indennizzabili in base alla presente polizza.

Il pagamento delle prestazioni all'istituto erogatore deve pertanto essere effettuato dall'Assicurato.

2.4 Valutazione sulla rimborsabilità delle spese

La richiesta del pagamento diretto e la conferma da parte della Centrale Operativa, prestata in base alle notizie ed alla documentazione fornite dall'Assicurato, non pregiudicano la valutazione della Società sulla indennizzabilità del sinistro a termini di polizza.

La Società si riserva la facoltà di far valere nei confronti del Contraente/Assicurato ogni eventuale eccezione derivante dalla polizza, in ordine alla indennizzabilità delle spese pagate ed ogni diritto in ordine alla restituzione delle somme indebitamente pagate.

Resta fermo, pertanto, che la Società, oltre a poter rifiutare l'ammissione al pagamento diretto, potrà richiedere all'Assicurato la restituzione delle somme pagate, nella misura in cui, in base alla polizza, avrebbe avuto diritto di rifiutare o ridurre la prestazione garantita.

2.5 Ulteriore documentazione richiesta

Ai fini del riconoscimento di ogni tipo di rimborso la Società, oltre all'esame della documentazione richiesta e presentata dall'Assicurato, si riserva il diritto di richiedere:

- eventuale ulteriore documentazione medica;
 - esecuzione di visita medica di controllo presso uno studio segnalato dalla Società, diverso da quello del medico odontoiatra che ha eseguito le cure.
- L'inadempimento di tali obblighi può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso (art. 1915 del Codice Civile).

Testo di spiegazione

● Può succedere, ad esempio, che la Società, esaminando la documentazione relativa ad una prestazione per la quale ha già effettuato il pagamento diretto delle relative spese, rilevi che lo stato di salute dell'Assicurato non corrisponda a quanto dichiarato al momento della sottoscrizione del contratto. In questo caso la Società potrà richiedere l'annullamento del contratto e la restituzione di quanto indebitamente anticipato.

Attenzione! Le dichiarazioni rese all'atto della sottoscrizione del contratto devono essere precise al fine di evitare spiacevoli sorprese al momento della liquidazione del sinistro.

Capitolo III - RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE

L'assicurazione non è operante in caso di:

- a. infortuni causati da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato, o da atti contro la sua persona da lui volontariamente compiuti o consentiti;
- b. infortuni causati dall'abuso di psicofarmaci o dall'uso non terapeutico di stupefacenti ed allucinogeni;
- c. infortuni occorsi in conseguenza di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.);
- d. infortuni occorsi in conseguenza di terremoti o eruzioni vulcaniche.
- e. prestazioni sanitarie successive alla data di scadenza o di anticipata cessazione per qualsiasi motivo della polizza anche se la malattia si è manifestata, o l'infortunio è avvenuto, durante la validità della garanzia;
- f. conseguenze dirette di infortuni, malattie e stati patologici conosciuti e/o diagnosticati anteriormente alla stipulazione del contratto sottaciuti alla Società con dolo o colpa grave, all'atto della stipula del contratto, sia dagli assicurati che dai medici dentisti;
- g. cure e interventi per l'eliminazione o correzione di difetti fisici e malformazioni (intendendosi per tali la formazione anomala di parti anatomiche) obiettivamente riscontrabili o clinicamente diagnosticati prima della stipulazione della polizza, sia dagli assicurati che dai medici dentisti;
- h. protesi estetiche;
- i. patologie psichiatriche;
- j. cure e protesi ortodontiche.

L'assicurazione non è operante nei seguenti casi:

- 1) Per le conseguenze di infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport costituenti per l'Assicurato attività professionale principale:
 - pugilato e atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, rugby, football americano, calcio, sport equestri, hockey e ciclismo;
 - corse e gare (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli o natanti a motore.
- 2) Per le conseguenze di infortuni subiti durante il servizio militare, per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale - fermo il diritto per il Contraente di richiedere la risoluzione dell'assicurazione stessa - nonché infortuni subiti durante la partecipazione a operazioni ed interventi militari, fuori dai confini della Repubblica Italiana - fermo il diritto per il Contraente di richiedere la sospensione dell'assicurazione.

Nel caso di risoluzione, spetta al Contraente il rimborso della parte di premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di assicurazione non corso, mentre nel caso di sospensione, l'Assicurato ha diritto ad ottenere la prosecuzione gratuita dell'assicurazione al termine della sospensione, per un periodo uguale a quello della sospensione stessa.

Testo di spiegazione

Se ad esempio la malattia di cui soffrite è sopravvenuta mentre è in vigore la polizza, ma le prestazioni odontoiatriche sono successive alla sua scadenza non avete diritto ad alcun rimborso.

Attenzione! Ricordatevi, nel vostro interesse, di rispondere in modo veritiero alle domande del questionario sanitario al momento della stipulazione della polizza: una dichiarazione non veritiera, infatti, potrebbe influire negativamente al momento della liquidazione di un eventuale rimborso.

3) Per le conseguenze di infortuni derivanti da guerra, insurrezione, occupazione militare, invasione.

La garanzia è invece operante per le conseguenze di infortuni derivanti da guerra anche civile, insurrezione, invasione, occupazione militare che l'Assicurato subisca fuori dal territorio della Repubblica Italiana, dello Stato Città del Vaticano e della Repubblica di San Marino, per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità sempreché:

- l'Assicurato, quale civile, risulti sorpreso da tali eventi;
- gli eventi stessi abbiano sorpreso l'Assicurato mentre già si trovava all'estero.

L'assicurazione non è comunque operante per le prestazioni escluse a seguito della compilazione del questionario sanitario.

Testo di spiegazione

● *Con questa estensione si vuole garantire l'Assicurato che, trovandosi all'estero per turismo o per lavoro, è sorpreso dallo scoppio di una guerra o di altro evento bellico. La copertura, purché non si partecipi alle ostilità, è attiva per 14 giorni, periodo considerato sufficiente per organizzare il rimpatrio.*

Capitolo IV - PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Società non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione qualora al momento della stipulazione del contratto fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da dipendenza da sostanze psicoattive (alcol, stupefacenti, psicofarmaci) o dalle sindromi organiche cerebrali consistenti in schizofrenia o forme maniaco-depressive o stati paranoici, resta inteso che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'assicurazione cessa contestualmente – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – a norma dell'art. 1898 del codice Civile. La cessazione dell'assicurazione in corso comporta l'obbligo per la Società – a parziale deroga dell'art. 1898 del codice Civile – di rimborsare al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione stessa, la parte di premio – al netto dell'imposta – già pagata per l'Assicurato e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione della garanzia e il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

Non sono comunque assicurabili le persone che, in seguito alla compilazione del Questionario Sanitario Odontoiatrico (mod. MO40), risultano affette da patologie in atto.

Testo di spiegazione

● *Attenzione! Non è possibile stipulare la polizza per una persona affetta da una delle malattie riportate a fianco. Non solo, anche nel caso in cui una di queste malattie dovesse insorgere dopo la stipula del contratto, la polizza cessa automaticamente.*

Capitolo V - NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

5.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

5.2 Assicurazione presso diversi Assicuratori

Il Contraente o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio: in caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri (articolo 1910 del Codice Civile).

5.3 Pagamento del premio e decorrenza della Garanzia

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati: altrimenti, ha effetto dalle ore 24 del giorno del pagamento.

Il pagamento del premio va eseguito presso l'Agenzia cui è assegnato il contratto o presso la sede della Società.

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15mo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze ai sensi dell'articolo 1901 del Codice Civile.

Se il Contraente non paga il premio entro 90 giorni dalla scadenza, i termini di aspettativa riprendono a decorrere dalle ore 24 del giorno in cui è stato pagato il premio.

5.4 Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto.

5.5 Assicurazione per conto altrui

Poiché la presente assicurazione può essere stipulata anche per conto altrui, gli obblighi della polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'articolo 1891 del Codice Civile.

5.6 Periodo di Assicurazione

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno.

Testo di spiegazione

● *E' vostro interesse, al momento della stipulazione della polizza, dichiarare con esattezza e sincerità l'esistenza di precedenti infortuni o di malattie in corso di cui siete a conoscenza. In caso di omissione voluta, infatti, la polizza può essere annullata dalla Società e può essere compromesso il vostro diritto all'indennizzo.*

● *Attenzione! La garanzia non decorre automaticamente dalla data di effetto indicata sul modulo di polizza, ma dalla data di effettivo pagamento del premio.*

● *Questo caso si verifica quando l'Assicurato è una persona diversa da chi ha stipulato il contratto assicurativo. Al contraente compete l'obbligo di pagare il premio e di assolvere gli altri doveri previsti dal contratto stesso.*

5.7 Proroga del Contratto

Al termine della durata contrattuale, in mancanza di disdetta data da una delle Parti con lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto si intende tacitamente rinnovato per il periodo di un anno; successivamente, il contratto potrà essere rinnovato per un numero di anni complessivamente non superiore a quelli della durata originariamente prevista con il massimo di cinque anni.

Il premio proposto potrà differire dalle annualità precedenti qualora siano nel frattempo intervenuti aggiornamenti tariffari, oppure nei casi in cui siano mutati i parametri tariffari dell'Assicurato. Anche il Nomenclatore Tariffario - Allegato 1 potrà subire degli aggiornamenti.

In occasione di ogni eventuale rinnovo tacito, in caso di premio diverso dall'annualità precedente, la Società comunicherà al Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza (senza pregiudizio della facoltà di cui al comma precedente) il nuovo premio proposto per il rinnovo.

Nel caso in cui il Contraente non comunichi, almeno 30 giorni prima della scadenza, di non accettare il premio proposto, il contratto si intenderà rinnovato alle condizioni di premio comunicate dalla Società.

5.8 Oneri fiscali

Sono a carico del Contraente secondo le norme di legge, gli oneri fiscali relativi al contratto.

5.9 Controversie - Arbitrato irrituale

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e sulla misura dei rimborsi e delle indennità, le Parti possono conferire per iscritto mandato di decidere se, ed in quale misura, sia dovuto l'indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nel luogo dove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio medico risiede nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza dei voti, con dispensa da ogni formalità di legge e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa, salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Le decisioni del Collegio medico sono vincolanti per le Parti, anche se uno dei medici si rifiuti di firmare il relativo verbale, nel qual caso il rifiuto deve essere attestato sul verbale stesso.

● *Ad esempio: se avete stipulato una polizza per una durata di tre anni, per il primo anno successivo alla scadenza il contratto è rinnovabile, ma potranno mutare le condizioni normative. Il nuovo premio vi sarà comunicato con lettera a parte, con congruo anticipo (60 giorni) tale da consentirvi di comunicare, 30 giorni prima della scadenza annuale, la vostra eventuale decisione a non proseguire nella copertura assicurativa. Questo stesso meccanismo sarà applicato per il secondo e terzo rinnovo. Al termine del terzo rinnovo, la polizza cesserà automaticamente senza obbligo di disdetta.*

● *In caso di disaccordo sulla indennizzabilità di un determinato evento o sulla quantificazione delle spese rimborsabili, è possibile evitare una controversia processuale ricorrendo al cosiddetto arbitrato: la valutazione dell'indennizzo è affidata ad un collegio di tre medici nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo. Le spese del vostro medico e la metà di quelle del terzo medico sono a vostro carico.*

5.10 Validità territoriale

L'assicurazione vale in tutto il mondo.

5.11 Rinvio alle Norme di Legge

L'assicurazione è regolata dalla legge italiana.

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Testo di spiegazione

NORME GENERALI

1) Il Nomenclatore Tariffario delle prestazioni odontoiatriche è suddiviso in **sei macro-aree**:

| DESCRIZIONE MACRO AREE ODONTOIATRICHE | CODICI |
|--|---------|
| Parte Generale – Igiene – Parodontologia | 01 - 13 |
| Chirurgia | 14 - 18 |
| Conservativa – Endodonzia | 19 - 26 |
| Implantologia | 27 |
| Protesi Fissa – Protesi Mobile – Protesi Combinata | 28 - 39 |
| Gnatologia | 40 - 42 |

2) Per ciascuna prestazione è indicato:

- codice
- descrizione della prestazione
- tariffa espressa in Euro
- vincoli sulle prestazioni, ovvero norme che regolano l'ammissibilità delle prestazioni stesse.

3) La Struttura erogatrice è responsabile degli interventi di riparazione e/o manutenzione all'interno dell'eventuale orizzonte temporale, indicato nei "vincoli sulle prestazioni"; escluso il caso in cui le prestazioni necessarie, sono derivanti da infortunio. In questo caso devono essere comprovate dal referto medico emesso dalla Struttura Pubblica e dal relativo radiogramma.

4) La visita odontoiatrica con formula dentale e piano di trattamento si intende a carico del singolo assistito se non diversamente disposto in contratto.

5) Tutte le prestazioni a seguito indicate nel nomenclatore tariffario comprendono la manodopera.

6) Tutte le immagini radiografiche, eseguite su indicazione dello Specialista esclusivamente per motivi di natura clinica prima, durante o dopo le cure, possono essere richieste a comprova delle cure medesime.

7) Ove richieste le fotografie digitali devono riportare la data, il codice fiscale del soggetto e la firma dell'odontoiatra.

PARTE GENERALE – IGIENE – PARODONTOLOGIA

(Le visite odontoiatriche diverse da quelle previste dai codici 01 e 02, ma eseguite preliminarmente alla stesura di un piano di trattamento ed eventualmente seguite dalle cure, non sono rimborsabili in quanto ritenute comprese nel piano medesimo).

| CODICI | TIPO DI PRESTAZIONE | TARIFFA | VINCOLI SULLE PRESTAZIONI |
|--------|--|---------|---|
| 01 | Visita odontoiatrica | 60,00 | Prima visita con compilazione questionario assuntivo compresa di eventuali Rx |
| 02 | Visita odontoiatrica | 40,00 | Una sola volta ogni 12 mesi per controllo programmato |
| 03 | Rx endorale (per 2 elementi) | 16,00 | – |
| 04 | Fotografia digitale endorale | 8,00 | Solo ove richiesta e in numero massimo di 2 (prima e dopo) |
| 05 | Ortopantomografia | 35,00 | – |
| 06 | Teleradiografia | 60,00 | – |
| 07 | Fluoroprofilassi | 30,00 | Una volta ogni 12 mesi fino ai 13 anni e solo in abbinamento ai codici 01 o 02 |
| 08 | Ablazione tartaro | 40,00 | Una volta ogni 12 mesi e solo in abbinamento ai codici 01 o 02 |
| 09 | Sigillatura dei solchi per elemento | 15,00 | Solo fino a 13 anni di età Una tantum |
| 10 | Courettage gengivale (per 4 elementi) | 40,00 | Una volta ogni 12 mesi (esclude il codice 08) |
| 11 | Gengivectomia in unica prestazione e relative endorali (per 4 elementi) | 60,00 | Una volta ogni 12 mesi comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. (esclude il codice 12) |
| 12 | Chirurgia muco-gengivale incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per 4 elementi) | 150,00 | Una volta ogni 5 anni comprovata da foto digitale endorale prima e dopo (esclude il codice 11) |
| 13 | Innesto autogeno o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo) | 260,00 | Una tantum |

CHIRURGIA

| CODICI | TIPO DI PRESTAZIONE | TARIFFA | VINCOLI SULLE PRESTAZIONI |
|--------|---|---------|---|
| 14 | Estrazione di dente o radice | 60,00 | – |
| 15 | Estrazione di terzo molare in inclusione ossea e relative endorali | 350,00 | Comprovata da rx |
| 16 | Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali | 300,00 | Comprovata da rx |
| 17 | Rizotomia e relative endorali | 120,00 | Comprovata da rx |
| 18 | Interventi di piccola chirurgia orale (frenulectomia – asportazione di epulide o cisti mucose – scappucciamento dell'ottavo – intervento chirurgico preprotetico) e relative endorali | 120,00 | Comprovata da rx o foto digitale endorale |

CONSERVATIVA – ENDODONZIA

| CODICI | TIPO DI PRESTAZIONE | TARIFFA | VINCOLI SULLE PRESTAZIONI |
|--------|---|---------|---------------------------|
| 19 | Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente (se si tratta di otturazione preesistente, foto digitale indorale comprovante il rifacimento dell'otturazione) | 80,00 | Ogni 24 mesi |
| 20 | Intarsi in LP o LNP – Inlay e Onlay per elemento | 300,00 | Ogni 5 anni |
| 21 | Terapia o ritrattamento endodontici ad un canale compresa otturazione del canale e ricostruzione coronale e relative endorali | 120,00 | Comprovate da rx |
| 22 | Terapia o ritrattamento endodontici ad un canale esclusa otturazione nel caso si tratti di perno/moncone e relative endorali | 80,00 | Comprovate da rx |
| 23 | Terapia o ritrattamento endodontici a due canali compresa otturazione dei canali e ricostruzione coronale e relative endorali | 160,00 | Comprovate da rx |
| 24 | Terapia o ritrattamento endodontici a due canali esclusa otturazione nel caso si tratti di perno/moncone e relative endorali | 120,00 | Comprovate da rx |
| 25 | Terapia o ritrattamento endodontici a tre o 4 canali compresa otturazione dei canali e ricostruzione coronale e relative endorali | 200,00 | Comprovate da rx |
| 26 | Terapia o ritrattamento endodontici a tre o 4 canali esclusa otturazione nel caso si tratti di perno/moncone e relative endorali | 160,00 | Comprovate da rx |

IMPLANTOLOGIA

| CODICI | TIPO DI PRESTAZIONE | TARIFFA | VINCOLI SULLE PRESTAZIONI |
|--------|--------------------------------------|---------|---|
| 27 | Impianto osteointegrato per elemento | 800,00 | Una sola volta Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica |

PROTESI FISSA - PROTESI MOBILE - PROTESI COMBINATA

(Tutte le prestazioni protesiche devono essere accompagnate dalla relativa certificazione del laboratorio odontotecnico. I modelli di studio possono essere richiesti per verifica.)

| CODICI | TIPO DI PRESTAZIONE | TARIFFA | VINCOLI SULLE PRESTAZIONI |
|--------|---|---------|---------------------------|
| 28 | Corona provvisoria fissa in resina dura | 40,00 | Ogni 5 anni |
| 29 | Perno moncone qualsiasi materiale | 250,00 | Ogni 5 anni |
| 30 | Corona fusa in LP | 350,00 | Ogni 5 anni |
| 31 | Corona o elemento in LP e ceramica | 500,00 | Ogni 5 anni |
| 32 | Attacco di precisione | 200,00 | |
| 33 | Rifacimento in ceramica su struttura di elemento fisso | 150,00 | Ogni 5 anni |
| 34 | Protesi mobile parziale in resina di un elemento compreso i ganci | 100,00 | Ogni 5 anni |
| 35 | Per ogni elemento in più | 50,00 | |
| 36 | Protesi mobile in resina totale per arcata | 900,00 | Ogni 5 anni |
| 37 | Scheletrato in Cro-Co-Mo o lega non preziosa in un solo elemento | 600,00 | Ogni 5 anni |
| 38 | Per ogni elemento in più | 70,00 | |
| 39 | Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica | 100,00 | Ogni 3 anni |

GNATOLOGIA

| CODICI | TIPO DI PRESTAZIONE | TARIFFA | VINCOLI SULLE PRESTAZIONI |
|--------|--|---------|---|
| 40 | Placca di svincolo o bite plane (da conservare i modelli e inviarli se richiesti)comprovata da invio modelli | 300,00 | Ripetibile ogni 12 mesi solo se necessità |
| 41 | Molaggio selettivo | 50,00 | Una tantum |
| 42 | Esame elettromiografico e/o kinesiografico (da inviare con fattura) | 250,00 | Una tantum |

Le Definizioni hanno valore convenzionale e quindi integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale.

■ **Assicurato**

Soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

■ **Assicurazione**

Contratto con il quale la Società, a fronte del pagamento di un premio, si obbliga a tenere indenne l'Assicurato, entro i limiti convenuti, del danno a lui prodotto da un sinistro.

■ **Ciclo di Cura**

Insieme di prestazioni anche ripetute, aventi finalità terapeutica comune, legate da una sequenza operativa definita e effettuate in un determinato arco temporale.

■ **Centrale Operativa**

Servizio dedicato alla gestione delle informazioni relative alle prestazioni previste dal contratto di assicurazione, al collegamento col Network odontoiatrico e medico sanitario.

■ **Contraente**

Soggetto che stipula l'assicurazione.

■ **Infortunio**

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca all'Assicurato lesioni fisiche oggettivamente constatabili. Ai fini di questa polizza hanno rilevanza solo gli infortuni a carico dell'apparato stomatognatico, che si sono manifestati durante il periodo assicurativo o che siano stati dichiarati nel questionario sanitario odontoiatrico e le cui conseguenze siano state accettate dalla Società.

È considerato tale anche l'infortunio dovuto a imperizia, imprudenza o negligenza anche grave o subito in stato o in conseguenza di malore, vertigine o incoscienza.

■ **Intervento Chirurgico**

Interventi terapeutici o diagnostici mediante l'utilizzo di strumenti chirurgici, ovvero mediante utilizzo di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa.

■ **Malattia**

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio, che risulti oggettivamente riscontrabile. Ai fini di questa polizza hanno rilevanza solo le malattie a carico dell'apparato stomatognatico, che si siano manifestate durante il periodo assicurativo o che sono state dichiarate nel questionario sanitario odontoiatrico ed accettate dalla Società.

■ **Malformazione, difetto fisico**

Alterazione organica congenita o acquisita durante lo sviluppo fisiologico, che sia evidente o sia clinicamente diagnosticabile prima della stipulazione della copertura assicurativa.

■ **Network**

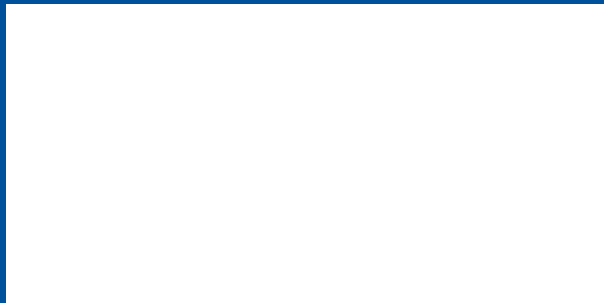
Rete sanitaria convenzionata costituita da Strutture odontoiatriche, nonché da Professionisti Medici che esercitano nell'ambito di queste, per l'erogazione delle prestazioni. La costituzione della rete è soggetta alle norme e agli usi vigenti.

■ **Nomenclatore Tariffario**

Elenco delle prestazioni ammesse al rimborso, con i relativi vincoli e limiti di importo.

- **Non-fumatore e fumatore**
L'Assicurato è definito non-fumatore se dichiara di non aver mai fumato nel corso dei cinque anni precedenti; è definito fumatore se non rilascia la dichiarazione di cui sopra.
- **Polizza**
Documento che prova l'assicurazione.
- **Premio**
Somma dovuta dal Contraente alla Società a fronte della copertura assicurativa, compresi gli oneri fiscali in vigore al momento del pagamento del premio.
- **Prestazione odontoiatrica**
Singola procedura diagnostico/terapeutica prevista dal Nomenclatore Tariffario.
- **Questionario Sanitario Odontoiatrico**
Allegato specifico mod. M040, sottoscritto da ciascun Assicurato; raccoglie le informazioni, fornite dall'Assicurato stesso, relative allo stato della bocca ed è compilato dal dentista, relativamente alle patologie in atto o alle cure preesistenti.
- **Rimborso**
Somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.
- **Rischio**
Possibilità che si verifichi il sinistro.
- **Scheda intervento**
Modulo MSC1 necessario per la richiesta di rimborso da inviare secondo quanto stabilito nelle Condizioni di Assicurazione
- **Sinistro**
Il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'assicurazione. Ai fini di questa polizza hanno rilevanza solo le prestazioni odontoiatriche o i cicli di cura documentati dall'Assicurato e avvenuti nel periodo assicurativo.
- **Società**
Toro Assicurazioni.
- **Trattamento di lunga durata o prestazione complessa**
Sono i trattamenti o prestazioni il cui rimborso previsto sia superiore a 1000 Euro.
- **Visita specialistica odontoiatrica**
Visita effettuata da medico, in possesso di titolo di specializzazione o laurea in odontoiatria, inerente alla patologia motivo della visita stessa.





TORO
ASSICURAZIONI

TORO ASSICURAZIONI S.p.A. A SOCIO UNICO - CODICE FISCALE E REGISTRO IMPRESE DI TORINO N. 13432270158 - CCIAA TORINO N. 1013376 - CAPITALE SOCIALE EURO 184.173.606 i.v. - P. IVA N. 13432270158 - SEDE LEGALE: VIA MAZZINI, 53 - 10123 TORINO
IMPRESA AUTORIZZATA ALL'ESERCIZIO DELLE ASSICURAZIONI CON PROVVEDIMENTO ISVAP N. 2285 DEL 22 GIUGNO 2004 - PUBBLICATO NELLA GAZZETTA UFFICIALE N. 154 DEL 3 LUGLIO 2004 - SOCIETA' DIRETTA E COORDINATA DA ASSICURAZIONI GENERALI S.p.A.

**NOTA INFORMATIVA AI SENSI DEL D. LGS. 17/3/1995 n°175
(Art. 123), DELLE CIRCOLARI ISVAP n°303 DEL 2/6/1997 e n°417 DEL 28/9/2000 e 518/D DEL 21.11.2003.**

Gentile cliente,
mentre La ringraziamo di aver scelto la nostra Società, desideriamo fornirLe alcune informazioni prima della conclusione del contratto.

INFORMAZIONI RELATIVE ALL'IMPRESA

La Toro Assicurazioni S.p.A., Impresa con la quale sarà concluso il contratto, ha sede legale in Italia, via Mazzini 53, Torino ed è stata autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa a norma del Provvedimento Isvap n.2285 del 22 giugno 2004, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.154 del 3 luglio 2004 (già autorizzata a norma Regio Decreto Legge 29 aprile 1923 n. 966)

INFORMAZIONI GENERALI SUL CONTRATTO.

Legge applicabile.

Ai sensi dell'Art. 122 del D.LGS. N° 175/95 le Parti potranno convenire di assoggettare il contratto ad una legislazione diversa da quella italiana, salvi i limiti derivanti dall'applicazione di norme imperative internazionali e salva la prevalenza delle disposizioni specifiche relative alle assicurazioni obbligatorie previste dall'ordinamento italiano. La nostra Società propone di applicare al contratto che verrà stipulato la legge italiana.

Reclami in merito al contratto.

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Toro Assicurazioni S.p.A., Servizio Reclami, via Mazzini 53, 10123 Torino, telefax: 0110029893, e-mail servizio.reclami@toroassicurazioni.it. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni, potrà rivolgersi all'ISVAP, Servizio Tutela degli Utenti, via del Quirinale 21, 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Termini di prescrizione dei diritti derivanti dal contratto.

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono entro un anno dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile.

INFORMAZIONI RELATIVE AI CONTRATTI PER IL RISCHIO DI MALATTIA.

Il contratto che Lei si propone di sottoscrivere comprende garanzie relative al rischio di malattia. Le forniamo pertanto le seguenti ulteriori informazioni che hanno lo scopo di richiamare l'attenzione su taluni aspetti fondamentali della specifica garanzia. Precisiamo che tali informazioni non costituiscono contenuto contrattuale; per le condizioni di contratto, si rinvia al testo delle Condizioni di Assicurazione contenute in polizza.

Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio.

E' assolutamente necessario che all'atto della stipulazione del contratto l'Assicurando fornisca risposte veritiere e non reticenti alle domande circa il proprio stato di salute. Infatti le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono nella valutazione del rischio da parte della Società possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli Artt. 1892 e 1893 del Codice Civile.

SI RICHIAMA L'ATTENZIONE DEL CONTRAENTE SULLA NECESSITA' DI LEGGERE ATTENTAMENTE IL CONTRATTO PRIMA DI SOTTOSCRIVERLO, IN PARTICOLARE GLI ARTICOLI CHE DISCIPLINANO L'OGGETTO DELLA GARANZIA, I RISCHI ESCLUSI DALL'ASSICURAZIONE E LE PERSONE NON ASSICURABILI, LA DURATA DEL CONTRATTO E I PERIODI DI CARENZA.

CON PARTICOLARE RIFERIMENTO ALLA DURATA DEL CONTRATTO ED AI PERIODI DI CARENZA, ATTIRIAMO LA SUA ATTENZIONE SULLA SPECIFICA DISCIPLINA PREVISTA DAL TIPO DI CONTRATTO CHE LEI INTENDE SOTTOSCRIVERE:

"DOCTOR SMILE"

Durata del contratto

Salvo specifica pattuizione contraria, in mancanza di disdetta il contratto "DOCTOR SMILE", a norma delle Condizioni di Assicurazione, alla scadenza si rinnova tacitamente per il periodo di un anno e così successivamente per un numero di anni complessivamente non superiore a quelli della durata del contratto originariamente prevista e con il massimo di cinque anni. In occasione di ogni rinnovo tacito la Società, 60 giorni prima della scadenza, Le comunicherà il nuovo premio proposto per il rinnovo; in mancanza di Sua comunicazione di non accettazione del nuovo premio proposto almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto si intenderà rinnovato alle condizioni di premio comunicate. In caso di disdetta, inviata dalle Parti nei termini e modalità stabilite dal contratto, come pure nel caso in cui sia stata specificamente pattuita l'esclusione del tacito rinnovo o non sia stato da Lei accettato il premio proposto per il rinnovo, la garanzia cesserà alla scadenza del contratto e non troverà applicazione il periodo di tolleranza di 15 giorni previsto dall'Art. 1901, Il comma del Codice Civile.

Periodo di carenza contrattuale.

Salvo specifica pattuizione contraria il contratto "DOCTOR SMILE", a norma delle Condizioni di Assicurazione, prevede che la garanzia decorre:

- per gli infortuni e le malattie: dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;

Distinti saluti.

TORO ASSICURAZIONI S.p.A.
Presidente e Amministratore Delegato

