

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE

NET Dental

Contratto di Assicurazione danni per la protezione odontoiatrica dell'individuo e della famiglia.

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

- IL DIP - DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE
- IL DIP AGGIUNTIVO DANNI
- LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRESIVE DI GLOSSARIO

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA DI ASSICURAZIONE

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO 10/2022

“PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI”

Documento redatto secondo le linee guida “Contratti Semplice e Chiari”.



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

Che tipo di assicurazione è?

NET Dental è una Polizza dedicata all'individuo o alla famiglia per la protezione odontoiatrica.

Il prodotto prevede 2 garanzie, sempre operanti: prestazioni di Emergenza Odontoiatrica e prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica. La copertura assicurativa NET Dental può essere declinata nella formula individuale con un unico Assicurato (coincidente o meno con il Contraente), o nella formula per Gruppo Familiare fino ad un massimo di 5 Assicurati per ciascuna Polizza e dove il Contraente può o meno coincidere con il primo Assicurato del Gruppo Familiare.

 Che cosa è assicurato?	 Che cosa non è assicurato?	
<p>L'Assicurazione riconosce, entro i limiti indicati nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" di cui al seguito, le spese odontoiatriche effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, fermo i Termini di Carenza, e rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto (resta inteso che la prevenzione odontoiatrica non è resa necessaria da Malattia o Infortunio) per:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ prestazioni di Emergenza Odontoiatrica; ✓ prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica. <p>La Compagnia garantisce all'Assicurato le prestazioni di "Emergenza Odontoiatrica" nonché di "Prevenzione Odontoiatrica" sia presso Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) - attivando preventivamente il Pagamento diretto - sia presso Strutture non Convenzionate (a rimborso).</p> <p>Le prestazioni usufruite presso le Strutture Convenzionate, attivando il Pagamento diretto, sono gratuite per l'Assicurato; la spesa rimane a totale carico della Compagnia con massimale illimitato e senza limiti nella frequenza di utilizzo, tranne che per le "Prestazioni odontoiatriche di prevenzione" che possono essere eseguite, per singola tipologia di prestazione, con il massimo di 2 volte per Anno Assicurativo e per Assicurato.</p> <p>L'Assicurazione è prestata per i Capitali assicurati e/o i Massimali indicati nella polizza.</p>	<p>Non è assicurabile:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ La persona affetta da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS. ✗ La persona non stabilmente residente in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano. ✗ L'Assicurato che al momento dell'adesione abbia compiuto 70 anni di età. <p>Inoltre non è più assicurabile:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ L'Assicurato che abbia un'età superiore ai 75 anni compiuti alla scadenza annuale dell'Assicurazione. Qualora l'Assicurato compia il 75° anno di età durante l'annualità assicurativa e la copertura è prestata nella forma individuale il contratto cesserà alla scadenza dell'annualità assicurativa in cui lo stesso abbia compiuto i 75 anni; se la copertura è prestata nella forma gruppo familiare la copertura cesserà alla fine dell'annualità assicurativa, limitatamente all'Assicurato che abbia compiuto 75 anni, proseguirà per i restanti Assicurati. 	
	<th data-bbox="788 1451 1485 1552">  Ci sono limiti di copertura? </th>	 Ci sono limiti di copertura?
	<p>A titolo esemplificativo e non esaustivo, l'Assicurazione non è operante per:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della Data di Decorrenza; 2. le prestazioni effettuate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione della Polizza, per qualsiasi motivo, anche se la Malattia si è manifestata e l'Infortunio è avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione; 3. le cure o trattamenti medico odontoiatrico che non corrisponde alla definizione di Emergenza Odontoiatrica o Prevenzione Odontoiatrica e/o non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate"; 4. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e/o privi di abilitazione professionale. 	

	<p>Limitatamente alle prestazioni da “Emergenza Odontoiatrica”, l’Assicurazione non copre gli stati invalidanti, gli Infortuni e le Malattie in genere già conosciuti, diagnosticati o che abbiano dato origine a cure, esami, anteriormente alla Data di Decorrenza dell’Assicurazione e relative complicanze, conseguenze dirette e indirette.</p> <p>Le prestazioni saranno operanti ed effettive salvo le esclusioni, per:</p> <ul style="list-style-type: none"> – gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell’Assicurazione; – prestazioni di “Emergenza odontoiatrica” e “Prevenzione odontoiatrica”: dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell’Assicurazione. <p>Restano escluse, anche successivamente al Termine di Carenza, eventuali Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami in tale periodo.</p>
	Dove vale la copertura?
<p>✓ Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole garanzie, l’Assicurazione è valida in tutto il mondo.</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Il Contraente/Assicurato ha il dovere di rilasciare dichiarazioni vere, esatte, non reticenti e complete. • Il Contraente/Assicurato ha il dovere di comunicare i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. • In caso di sinistro il Contraente/Assicurato deve darne avviso alla Compagnia tempestivamente e fornire la documentazione richiesta e conservare le tracce e gli indizi del sinistro fino al sopralluogo del perito incaricato. 	
<p>Il pagamento del Premio deve essere effettuato dal Contraente/Assicurato al momento dell’emissione della Polizza tramite: addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente. Il contratto prevede la corresponsione di un Premio per la durata annuale dell’Assicurazione, il cui importo è indicato in Polizza.</p> <p>Il Premio annuo è frazionabile a scelta del Contraente, in rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi.</p> <p>Il pattuito frazionamento del Premio non esonera il Contraente dall’obbligo di corrispondere l’intero Premio annuo.</p>	
<p>Il contratto di assicurazione si conclude nel momento in cui la Compagnia emette la Polizza o nel momento dell’adesione telefonica del Contraente (Conclusioni dell’assicurazione mediante tecniche di comunicazione a distanza).</p> <p>Se il contratto di assicurazione è concluso:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ il Periodo di efficacia dell’Assicurazione decorre dalle ore 24.00 della data di decorrenza indicata in Polizza se il Premio è stato già pagato; ▪ il Periodo di efficacia dell’Assicurazione decorre dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio. <p>Qualora il contratto sia stato concluso mediante tecniche di comunicazione a distanza, lo stesso decorre dalle ore 24 del giorno stesso in cui la Compagnia ha raccolto la volontà del Contraente di concludere il presente contratto (data di effetto del contratto): a partire da tale momento, fermo l’obbligo del Contraente al pagamento del Premio, la Compagnia garantisce all’Assicurato le prestazioni oggetto del presente contratto.</p> <p>L’Assicurazione ha una durata pari ad un anno ed in mancanza di disdetta comunicata da una delle Parti e, pervenuta all’altra Parte almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per un anno e così successivamente.</p>	
<p>Il Contraente può impedire il rinnovo automatico della polizza inviando alla Compagnia la richiesta di disdetta mediante lettera raccomandata o posta elettronica certificata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.</p>	

Assicurazione Danni Salute



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

Impresa che realizza il prodotto: NET INSURANCE S.p.A.

Prodotto: NET Dental

Data ultimo aggiornamento: 01/04/2023

Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile.

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

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

Net Insurance S.p.A. - Società per Azioni fa parte del Gruppo Net Insurance - Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4, 00161 Roma, Tel. 06 89326.1 - Fax 06 89326.800; Sito internet: www.netinsurance.it; Email: info@netinsurance.it; PEC: netinsurance@pec.netinsurance.it

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nei rami danni di cui ai Provvedimenti IVASS n. 1756 del 18/12/2000, n. 2131 del 4/12/2002, n.2444 del 10/7/2006, n. 3213000422 del 9/4/2013 e n. 231077 del 20/12/2017. Iscritta all'Albo delle imprese IVASS n. 1.00136.

Il patrimonio netto di Net Insurance S.p.A. ammonta a € 85,2 milioni, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a € 17,6 milioni e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammontano a € 67,5 milioni.

Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammonta a € 43,6 milioni; il requisito patrimoniale minimo (MCR) ammonta a € 15,5 milioni e i fondi propri ammissibili a copertura del requisito patrimoniale di solvibilità ammontano a € 85,5 milioni. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 196,04%.

Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2021 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: <http://www.netinsurance.it>

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

NET Dental è una Polizza dedicata all'individuo e alla famiglia per la protezione odontoiatrica.

Il prodotto prevede 2 garanzie, sempre operanti: prestazioni di Emergenza Odontoiatrica e prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica.

La copertura assicurativa NET Dental può essere declinata nella formula individuale con un unico Assicurato (coincidente o meno con il Contraente), o nella formula per Gruppo Familiare fino ad un massimo di 5 Assicurati per ciascuna Polizza e dove il Contraente può o meno coincidere con il primo Assicurato del Gruppo Familiare.

L'Assicurazione riconosce, entro i limiti indicati nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" di cui al seguito, le spese odontoiatriche effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, fermo i Termini di Carenza e rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto (resta inteso che la prevenzione odontoiatrica non è resa necessaria da Malattia o Infortunio) per:

- prestazioni di Emergenza Odontoiatrica;
- prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica.

La Compagnia garantisce all'Assicurato le prestazioni di "Emergenza Odontoiatrica" nonché di "Prevenzione Odontoiatrica" sia presso Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) - attivando preventivamente il Pagamento diretto - sia presso Strutture non Convenzionate (a rimborso).

Le prestazioni usufruite presso le Strutture Convenzionate, attivando il Pagamento diretto, sono gratuite per l'Assicurato; la spesa rimane a totale carico della Compagnia con massimale illimitato e senza limiti nella frequenza di utilizzo, tranne che per le "Prestazioni odontoiatriche di prevenzione" che possono essere eseguite, per singola tipologia di prestazione, con il massimo di 2 volte per Anno Assicurativo e per Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato optasse per le Strutture non Convenzionate (a rimborso):

- l'importo massimo riconosciuto dalla Compagnia non potrà essere superiore, per singola tipologia di prestazione, all'importo presente nella tabella Prestazioni Odontoiatriche Assicurate nella colonna "Cure eseguite in Strutture non Convenzionate (a rimborso)";
- le "Prestazioni odontoiatriche di prevenzione" possono essere eseguite, per singola tipologia di prestazione, con il massimo di 2 volte per Anno Assicurativo e per Assicurato;
- il limite complessivo massimo di esposizione della Compagnia per ogni Assicurato è di € 1.000,00 per Anno Assicurativo.

Dal momento che le Strutture Convenzionate sono presenti solo nel territorio italiano, in caso di cure dentarie effettuate all'estero, la Compagnia rimborserà la spesa sostenuta dall'Assicurato entro i limiti e il massimale previsti dalla prestazione.



Che cosa NON è assicurato?

Esclusioni

Non sono assicurabili le persone:

1. che hanno compiuto 70 anni di età;
2. che siano affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS;
3. che non siano stabilmente residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

L'Assicurazione non è operante per:

1. tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della Data di Decorrenza;
2. le prestazioni effettuate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione della Polizza, per qualsiasi motivo, anche se la Malattia si è manifestata e l'Infortunio è avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
3. le cure o trattamenti medico odontoiatrico che non corrisponde alla definizione di Emergenza Odontoiatrica o Prevenzione Odontoiatrica e/o non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate";
4. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e/o privi di abilitazione professionale;
5. trattamenti ortodontici e prestazioni di ortodonzia;
6. le procedure sperimentali o non riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni odontoiatriche;
7. gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paragenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
8. le spese sostenute in conseguenza di Malattie mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 10° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD10-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
9. le prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;
10. le estrazioni di denti decidui (da latte);
11. le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti e parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che removibile.
12. i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca;
13. gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
14. gli Infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), o allucinogeni;
15. le conseguenze dirette e indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;

16. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
17. le cure ed interventi relativi a infezioni da HIV e sindromi correlate con o senza AIDS;
18. controlli di routine e/o check-up, salvo quanto previsto per le prestazioni di "Prevenzione Odontoiatrica";
19. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
20. gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
21. qualsiasi prestazione medica relativa a denti mancanti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
22. interventi che richiedano anestesia generale o sedazione totale.

Le patologie preesistenti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione sono escluse solo per le prestazioni da "Emergenza Odontoiatrica".

Le prestazioni saranno operanti ed effettive salvo le esclusioni, per:

23. gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
24. prestazioni di "Emergenza odontoiatrica" e "Prevenzione odontoiatrica": dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.

Restano escluse, anche successivamente al Termine di Carenza, eventuali Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami in tale periodo.



Ci sono limiti di copertura

Di seguito le tabelle riepilogative dei limiti di indennizzo, franchigie e/o scoperti per ogni garanzia.

Garanzie	Franchigie	Scoperti	Carenze	Limiti di indennizzo			
				Codice	Descrizione	Cure eseguite in strutture Convenzionate (pagamento diretto)	Cure eseguite in strutture non Convenzionate (a rimborso)
Dental	--	--	30 giorni	SD01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)		€ 16.50
				SD02	Radiografia per 1 o 2 denti congiunti o endorale per 2 elementi vicini		€ 16.50
				SD03	Radiografia per monitorare la cura iniziata		€ 12.75
				SD12	Otturazione per carie semplice cavità di I e V classe di Black	Tutte le Prestazioni sono gratuite per l'Assicurato. Il costo rimane a carico della Società di assicurazione	€ 30.00
				SD13	Otturazione per carie profonde Cavità di II classe di Black		€ 52.50
				SD17	Ricostruzione coronale in amalgama a più cuspidi		€ 71.25
					Ricostruzione coronale in composto - colore dente		€ 90.00
				SD30	Estrazione semplice di dente o radice		€ 22.50
				SD37	Reinserimento di dente avulso		€ 60.00
				SD54	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione monocalare		€ 52.50

continua

Garanzie	Franchigie	Scoperti	Carenze	Limiti di indennizzo			
				Codice	Descrizione	Cure eseguite in strutture Convenzionate (pagamento diretto)	Cure eseguite in strutture non Convenzionate (a rimborso)
Dental	--	--	30 giorni	SD55	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione bicanalare	Tutte le Prestazioni sono gratuite per l'Assicurato. Il costo rimane a carico della Società di assicurazione	€ 82.50
				SD56	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione tricanalare		€ 120
				SD57	Medicazioni canalari e sedute per specificazione		€ 26.25
				SD94	Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nell'odontoiatria, medicazione in caso di stomatite protesica		€ 30.00
				SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)		€ 10.00
				SD08	Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curettaggio manuale superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale; igiene orale		€ 41.25
				SD11	Assorbimento di fluoro nello smalto (lucidatura), applicazioni topiche di oligoelementi		€ 15.00

Gli indennizzi per intervento chirurgico si intendono applicati per prestazione



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

DENUNCIA DI SINISTRO

PER DENUNCIARE UN SINISTRO:

- Per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA - Italia
- Per telefono: 02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00 (da contattare anche per chiarimenti)
- Per e-mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it
- Via Internet o tramite app dedicata: <https://app.myassistance.eu>

Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri la Compagnia si avvale della Centrale Operativa MyAssistance, con sede legale in Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Milano, che risponde dall'Italia e dall'estero al numero 02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00.

L'Assicurato è sollevato da questa modalità di denuncia di sinistro se ha utilizzato le Strutture Convenzionate ed è stato preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

Utilizzando le Strutture Convenzionate l'Assicurato ha sempre l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente alla Centrale Operativa l'autorizzazione.

Qualora l'Assicurato richieda successivamente il Rimborso di spese mediche per prestazioni ricevute in Strutture Convenzionate, tale rimborso non potrà essere superiore all'importo presente nella tabella "Ci sono limiti di copertura?"

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato o ad un beneficiario delle prestazioni e il Rimborso avviene a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Il Rimborso viene sempre effettuato a cura ultimata in Euro.

Al fine della valutazione del Sinistro, la Compagnia, per il tramite della Centrale Operativa, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario.

La Compagnia avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della documentazione inviata al fine della corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione.

Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti, la Compagnia si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Compagnia e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

L'Assicurato può:

- 1) richiedere alla Compagnia di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate con la Centrale Operativa:

In questo caso l'Assicurato ha l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente alla Centrale Operativa l'autorizzazione al Pagamento diretto.

La Centrale Operativa prenoterà per conto dell'Assicurato l'appuntamento presso la Struttura Convenzionata.

L'elenco delle Strutture Convenzionate è disponibile nel sito <http://www.myassistance.it/networks/network-odontowelfare/elenco-strutture.html> o sull'app dedicata della Centrale Operativa dove l'Assicurato accede con le proprie credenziali.

In occasione della prima attivazione della Polizza il dentista dovrà compilare l'odontogramma che riepiloga lo stato di salute della bocca dell'Assicurato.

Inoltre, durante la prima visita sarà richiesto all'Assicurato di sottoscrivere con il medico dentista il proprio budget cure odontoiatriche (BCO) per l'approvazione delle prestazioni

Cosa fare in caso di sinistro?

	<p>incluse nel Piano Assicurativo. I trattamenti e le prestazioni non compresi nel Piano Assicurativo verranno fatturate direttamente all'Assicurato.</p> <p>L'odontogramma e il BCO saranno forniti dalla Centrale Operativa direttamente alla Struttura Convenzionata.</p> <p>In caso di prestazione resa necessaria da Infortunio l'Assicurato dovrà fornire alla Centrale Operativa il referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. OPT, radiografie).</p> <p>2) richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate:</p> <p>In questo caso l'Assicurato, al termine delle cure, deve inviare la richiesta di Rimborso completa di:</p> <ul style="list-style-type: none"> – modulo di rimborso compilato in ogni sua parte e sottoscritto dall'Assicurato con eventuale supporto del dentista (il modulo deve essere richiesto alla Centrale Operativa); – copia delle fatture valide ai fini fiscali, con dettaglio della singola prestazione effettuata, relativo costo e data in cui le singole prestazioni sono state eseguite. Se la fattura riporta una data diversa rispetto a quella in cui sono state eseguite le prestazioni per l'indennizzabilità del Sinistro, farà fede la data in cui sono state eseguite le singole prestazioni; – in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio, referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. OPT, radiografie). <p>La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato tramite mail all'indirizzo: sinistri.netinsurance@myassistance.it</p>
	PRESCRIZIONE
	I diritti derivanti dall'Assicurazione nei Rami Danni si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.
Dichiarazioni inesatte e reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'Impresa	Il pagamento dell'Indennizzo in caso di Sinistro viene riconosciuto dalla Compagnia a ricezione di tutta la documentazione completa e se, a seguito dell'istruttoria, il Sinistro è indennizzabile ai sensi di Polizza.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Il contratto prevede la corresponsione di un Premio per la durata annuale dell'Assicurazione, il cui importo è indicato in Polizza.</p> <p>Il Premio annuo è frazionabile a scelta del Contraente, in rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi.</p> <p>Il pattuito frazionamento del Premio non esonera il Contraente dall'obbligo di corrispondere l'intero Premio annuo, da considerarsi a tutti gli effetti uno ed indivisibile e ciò anche in caso di cessazione del Rischio nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione.</p> <p>Il premio può essere corrisposto alla Compagnia tramite addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente.</p>
Rimborso	Non previsto
Sconti	Possono prevedersi eventuali sconti di premio.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>Il contratto di assicurazione si conclude nel momento in cui la Compagnia emette la Polizza o nel momento dell'adesione telefonica del Contraente (Conclusioni dell'assicurazione mediante tecniche di comunicazione a distanza).</p> <p>Se il contratto di assicurazione è concluso, il Periodo di efficacia dell'Assicurazione ha effetto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ dalle ore 24.00 della data di decorrenza indicata in Polizza se il Premio è stato già pagato; ▪ altrimenti, dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio. <p>L'Assicurazione ha una durata pari ad un anno ed in mancanza di disdetta comunicata da una delle Parti – a mezzo di lettera raccomandata o posta elettronica certificata - e pervenuta all'altra Parte almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per un anno e così successivamente.</p>

Sospensione	Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 21° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.
--------------------	---

 Come posso disdire la polizza?	
Ripensamento dopo la stipulazione	Ad ogni ricorrenza annuale l'Assicurato può inviare richiesta di disdetta, almeno 30 giorni prima che il contratto si rinnovi. Il Contratto, a mezzo lettera raccomandata o posta elettronica certificata. In caso di contratto stipulato mediante tecniche di comunicazione a distanza, la Compagnia garantisce all'Assicurato il diritto di recesso, nei 14 giorni successivi alla data del primo addebito del Premio, comunicando alla Compagnia la propria volontà a mezzo lettera raccomandata o posta elettronica certificata. La Compagnia rimborsa al Contraente l'eventuale Premio addebitato, senza trattenuta alcuna, con le stesse modalità definite per il pagamento dei Premi.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Net Dental è dedicato ad Assicurati (singolo individuo o individuo e suo gruppo familiare) che necessitano di una copertura di protezione odontoiatrica per prestazioni di emergenza o prevenzione e che abbiano al momento della sottoscrizione del contratto un'età inferiore ai 70 anni. Si precisa che la permanenza in copertura del singolo Assicurato è possibile fino alla scadenza dell'annualità assicurativa in cui lo stesso compie i 75 anni di età.	

 Quali costi devo sostenere?	
COSTI DI INTERMEDIAZIONE	
L'intermediario percepisce una commissione pari al 30%.	

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione o dell'Intermediario assicurativo con cui si entra in contatto, devono essere preliminarmente presentati per iscritto (posta, fax, email/PEC) all'Ufficio Reclami secondo le seguenti modalità:</p> <p>PEC: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it Posta: NET INSURANCE S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 ROMA Fax: +39 06 89326.570</p> <p>avendo cura di indicare:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nome e cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante; • numero della polizza e nominativo del Contraente; • numero e data del sinistro al quale si fa riferimento; • indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato; • breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela; • ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze. <p>Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente.</p> <p>Ove applicabile, per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con il suddetto intermediario e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente.</p> <p>Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta.</p> <p>Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito:</p>

	www.netinsurance.it
All'IVASS	<p>Qualora il reclamante non abbia ricevuto risposta oppure ritenga la stessa non soddisfacente, prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, può scrivere all'IVASS (Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma; fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, tutela.consumatore@pec.ivass.it) fornendo copia del reclamo già inoltrato all'impresa ed il relativo riscontro anche utilizzando il modello presente nel sito dell'IVASS alla sezione "Per il Consumatore - come presentare un reclamo".</p> <p>Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.netinsurance.it</p> <p>Eventuali reclami relativi alla mancata osservanza da parte della Compagnia, degli intermediari e dei periti assicurativi, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi possono essere presentati direttamente all'IVASS, secondo le modalità sopra indicate.</p> <p>Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.</p>
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	<p>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).</p> <p>Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito www.netinsurance.it</p>
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie – Arbitrato irrituale	<p>Laddove espressamente previsto dalle Condizioni di Assicurazione, per controversie relative alla determinazione del valore del danno o alle conseguenze di natura medica di un sinistro, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti.</p> <p>Per attivare la procedura è necessario comunicare alla Compagnia la volontà di dare avvio alla stessa. La Compagnia provvederà a dare riscontro al richiedente indicando il nominativo del proprio consulente tecnico e la Procedura seguirà le modalità espressamente indicate nella relativa previsione di Polizza. Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito www.netinsurance.it</p>

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



Sommario

PREMESSA	2
GLOSSARIO	2
NORME DI CARATTERE GENERALE	4
Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio	4
Art. 2 – Conclusione del Contratto - Effetto, durata e disdetta del contratto - Premio	4
Art. 3 – Effetto e recesso del contratto stipulato mediante tecniche di comunicazione a distanza	5
Art. 4 - Modifiche dell'Assicurazione	5
Art. 5 - Forma delle comunicazioni	5
Art. 6 - Aggravamento del Rischio	5
Art. 7 - Diminuzione del Rischio	5
Art. 8 - Recesso in caso di Sinistro	5
Art. 9 - Validità territoriale	5
Art. 10 - Colpa grave	5
Art. 11 - Buona fede	5
Art. 12 - Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza	6
Art. 13 - Termine di Prescrizione	6
Art. 14 - Oneri fiscali	6
Art. 15 - Altre assicurazioni	6
Art. 16 - Limite massimo dell'Indennizzo	6
Art. 17 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente	6
Art. 18 - Legge applicabile	6
Art. 19 - Restrizioni Internazionali – Inefficacia del contratto	6
Art. 20 - Rinvio alle norme di Legge – Glossario	6
CONDIZIONI DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE	7
COS'È ASSICURATO	7
Art. 21 - Oggetto dell'Assicurazione	7
CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ	8
Art. 22 - Limiti di età	8
Art. 23 - Norme assuntive	8
COSA NON È ASSICURATO	8
Art. 24 - Persone non assicurabili	8
Art. 25- Esclusioni	9
LIMITI DI COPERTURA	10
Art. 26 - Patologie preesistenti	10
Art. 27 - Termini di Carenza	10
Art. 28 - Responsabilità	10
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	10
Art. 29 - Denuncia di Sinistro	10
Art. 30 - Gestione del Sinistro	11
Art. 31 - Documentazione da inviare in caso di Sinistro	11
Art. 32 - Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)	11
Art. 33 - Restituzione delle somme indebitamente pagate	12
Art. 35 - Pagamento dell'Indennizzo per i Sinistri a rimborso	12
INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI	1
CONTATTI UTILI	1



PREMESSA

NET Dental è il prodotto destinato ad Assicurati persone fisiche che vogliono tutelarsi in tutto o in parte per le spese sostenute sia presso Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) sia presso Strutture non Convenzionate (a rimborso) e relative a:

- prestazioni di Emergenza Odontoiatrica;
- prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica.

La copertura assicurativa NET Dental può essere declinata nella formula individuale con un unico Assicurato (coincidente o meno con il Contraente), o nella formula per Gruppo Familiare, così come definito dal Glossario, fino ad un massimo di 5 Assicurati per ciascuna Polizza e dove il Contraente può o meno coincidere con il primo Assicurato del Gruppo Familiare.

Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine seguenti formano parte integrante della Polizza sottoscritta dal Contraente. L'Assicurazione vale esclusivamente per le Garanzie riportate a stampa sul modello di Polizza, ed è prestata per i Capitali assicurati e/o i Massimali ivi indicati e/o nelle presenti Condizioni di Assicurazione per le singole Garanzie, fatte salve altresì le Franchigie e i limiti di Indennizzo che siano riportati in Polizza o all'interno delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Le coperture assicurative sono operanti se è stato pagato il relativo Premio.

GLOSSARIO

Per una corretta comprensione delle Condizioni di Assicurazione, consultare il significato convenzionale attribuito ai termini che seguono.

Anno assicurativo

Periodo continuativo calcolato in 12 mesi a partire dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza.

Arbitrato

Le Parti, di comune accordo, rinunciano al ricorso all'Autorità Giudiziaria ordinaria per risolvere controversie che riguardano l'interpretazione o l'esecuzione del contratto. Esso può essere rituale, quando la decisione degli arbitri (lodo) ha efficacia pari alla sentenza di un giudice, oppure irrituale quando gli arbitri regolano senza particolare formalità il rapporto controverso e la loro decisione è vincolante solo tra le Parti.

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione

Il presente contratto di assicurazione.

Carenza

Periodo successivo alla stipula dell'assicurazione durante il quale non è operante la copertura.

Centrale Operativa

La struttura di MyAssistance costituita da personale con competenze tecnico mediche, incaricata per la gestione delle informazioni relative a richieste per prestazioni previste dall'Assicurazione.

Compagnia

Net Insurance S.p.A., Compagnia di Assicurazione.

Contraente

Il soggetto che stipula il contratto di assicurazione, nell'interesse proprio e/o di altre persone e su cui cade l'onere del pagamento del Premio.

Danni

I danni risarcibili ai sensi di Legge in conseguenza di morte o lesioni personali e/o distruzione o deterioramento di cose.

Data di Decorrenza

Il momento da cui decorre l'Assicurazione, fatto salvo quanto previsto nei Termini di Carenza.

Emergenza Odontoiatrica

Qualsiasi evento imprevisto o improvviso che richieda cure odontoiatriche urgenti e che implichi procedure o servizi, coperti dalla presente assicurazione, indicati per trattare i dolori dovuti a: infezioni, accessi, carie, pulpite, infiammazioni o emorragie.

La presente copertura riguarda non solo il primo trattamento di emergenza, ma l'intero trattamento fino alla soluzione della situazione di emergenza.

Evento / Data Evento

Prestazioni dentarie – la data in cui viene eseguita ogni prestazione odontoiatrica.

Garanzia

La tutela che l'assicurato riceve nel caso in cui si verifichi l'evento che determina un danno alla salute e per il quale sia stato pagato il relativo premio.

Gruppo Familiare

L'insieme delle persone assicurate facenti parte del



medesimo Stato di Famiglia purché siano i coniugi, i conviventi di fatto, gli uniti civilmente, nonché i relativi figli di ciascuno di essi, per un massimo di 5 persone all'interno dello stesso Gruppo Familiare. Anche se non facenti parte del medesimo Stato di Famiglia sono assicurabili i figli non conviventi, fiscalmente e non fiscalmente a carico.

Indennizzo o indennità o rimborso

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di Sinistro.

Infortunio

Ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili.

Istituto di cura

Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono convenzionalmente considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fisioterapiche e riabilitative, fitoterapiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani, i centri di benessere.

IVASS

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013.

Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata Malattia.

Malattia Mentale

Tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 10° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-10 dell'OMS).

Massimale

La somma stabilita nella Polizza, fino alla concorrenza della quale, per ciascun Sinistro e Anno assicurativo, la Compagnia presta la garanzia.

MyAssistance

MyAssistance S.r.l., con sede legale in Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Milano, c.f. 08667860972, quale società di servizi che provvede, per conto della Compagnia, al Pagamento diretto dei dentisti convenzionati, oppure al Rimborso agli Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con detti dentisti convenzionati.

Parte

La Compagnia ed il Contraente, quando riferiti singolarmente.

Parti

La Compagnia ed il Contraente, quando riferiti congiuntamente.

Patologie preesistenti

Malattie già conosciute, diagnosticate e/o che abbiano dato origine a cure mediche o esami clinici (strumentali e di laboratorio) prima della Data di Decorrenza della Polizza.

Periodo di Durata dell'Assicurazione.

Il periodo di durata del contratto di assicurazione indicato in Polizza.

Piano Assicurativo

Prestazioni sanitarie assicurate, scelte dall'Assicurato e indicate in Polizza.

Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione e che riporta gli elementi principali dell'Assicurazione (decorrenza, scadenza, Premio, Piano assicurativo, etc..)

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini di legge.

Prestazione

L'assistenza da erogarsi in natura da parte della Compagnia tramite la Struttura Organizzativa, nel momento del bisogno.

Prevenzione odontoiatrica

Una serie di misure o azioni destinate a promuovere la salute orale che implicano procedure o servizi coperti dalla presente assicurazione, indicate al fine di evitare la formazione di carie dentarie o malattie periodontali.

Rami Danni

I rami di esercizio dell'attività assicurativa, diversi dal Ramo Vita.

Recesso

Diritto di recedere dall'Assicurazione e di farne cessare gli effetti.

Rischio

La probabilità che si verifichi il Sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

Scadenza dell'Assicurazione

La data in cui cessano gli effetti dell'Assicurazione.

Set Informativo

L'insieme della documentazione contrattuale (DIP Base, DIP Aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario) da consegnare al Contraente prima della conclusione del



contratto.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione

Sport Professionistico

Attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

SSN

Servizio Sanitario Nazionale.

Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

Rete convenzionata. costituita da Ospedali, Istituti di Carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, medici specialisti, centri e studi odontoiatrici, medici odontoiatrici nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste.

Il Pagamento diretto presuppone l'utilizzo da parte dell'Assicurato delle Strutture Convenzionate previa

autorizzazione della Centrale Operativa, la quale prenderà a suo carico i costi delle prestazioni entro i Massimali assicurati, senza alcun anticipo da parte dell'Assicurato. L'Assicurato pagherà esclusivamente eventuali Franchigie, Scoperti o somme eccedenti i Massimali. Sia l'Istituto di Cura che l'equipe medica devono essere convenzionati.

Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Strutture non facenti parte delle Strutture Convenzionate con la società di servizi, con erogazione delle prestazioni a Rimborso.

Termini di Carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza della Polizza durante il quale le garanzie non sono operanti. Vuol dire che se il Sinistro avviene in quel periodo di tempo o il Ricovero o le cure odontoiatriche iniziano durante il periodo di Carenza e proseguono oltre lo stesso, l'Assicurato non ha diritto all'Indennizzo.

NORME DI CARATTERE GENERALE

Art. 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 artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 2 – Conclusione del Contratto - Effetto, durata e disdetta del contratto - Premio

Il contratto di assicurazione si conclude nel momento in cui la Compagnia emette la Polizza o nel momento dell'adesione telefonica del Contraente (Conclusione dell'assicurazione mediante tecniche di comunicazione a distanza).

Se il contratto di assicurazione è concluso, il Periodo di efficacia dell'Assicurazione ha effetto:

- dalle ore 24.00 della data di decorrenza indicata in Polizza se il Premio è stato già pagato;
- altrimenti, dalle ore 24.00 del giorno di pagamento del Premio.

L'Assicurazione ha una durata pari ad un anno ed in mancanza di disdetta comunicata da una delle Parti – a mezzo di lettera raccomandata o posta elettronica certificata - e pervenuta all'altra Parte almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto è prorogato per un anno e così successivamente.

Il contratto prevede la corresponsione di un Premio per la durata annuale dell'Assicurazione, il cui importo è indicato in Polizza.

Il Premio annuo è frazionabile a scelta del Contraente, in rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi.

Il pattuito frazionamento del Premio non esonera il Contraente dall'obbligo di corrispondere l'intero Premio annuo, da considerarsi a tutti gli effetti uno ed indivisibile e ciò anche in caso di cessazione del Rischio nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione.

Il Premio può essere corrisposto alla Compagnia tramite: addebito diretto sul conto corrente bancario del Contraente.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, l'Assicurazione, a parziale deroga dell'art. 1901 c.c., resta sospesa dalle ore 24 del 21° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze



Art. 3 – Effetto e recesso del contratto stipulato mediante tecniche di comunicazione a distanza

A parziale deroga di quanto disposto dell'Art. 2 - "Conclusione del Contratto - Effetto, durata e disdetta del contratto - Premio", qualora il contratto sia stato concluso mediante tecniche di comunicazione a distanza, lo stesso decorre dalle ore 24 del giorno stesso in cui la Compagnia ha raccolto la volontà del Contraente di concludere il presente contratto (data di effetto del contratto): a partire da tale momento, fermo l'obbligo del Contraente al pagamento del Premio, la Compagnia garantisce all'Assicurato le prestazioni oggetto del presente contratto, salvo il diritto di recesso consentito al Contraente dalla Legge. Il Contraente ha comunque facoltà di recedere dalla copertura assicurativa, nei 14 giorni successivi alla data del primo addebito del Premio, comunicando alla Compagnia la propria volontà, a sua scelta:

- a mezzo lettera raccomandata;
- a mezzo posta elettronica certificata;

La Compagnia rimborsa al Contraente l'eventuale Premio addebitato, senza trattenuta alcuna, con le stesse modalità definite per il pagamento dei Premi.

Art. 4 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modificazioni al contratto di Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 5 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente o l'Assicurato sono tenuti, salvo quanto previsto nelle specifiche clausole contrattuali anche in termini di utilizzo di sistemi e documenti informatici, nonché di posta elettronica, devono essere effettuate per iscritto e spiegano effetti dal momento in cui pervengono alla Compagnia, all'indirizzo corrispondente alla sede legale, oppure alla filiale presso la quale è stato emesso il contratto.

Art. 6 - Aggravamento del Rischio

Il Contraente o l'Assicurato deve dare comunicazione scritta alla Compagnia di ogni aggravamento del Rischio. Gli aggravamenti di Rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi dell'art. 1898 c.c.

Art. 7 - Diminuzione del Rischio

Nel caso di diminuzione del Rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'Art. 1897 c.c., e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 8 - Recesso in caso di Sinistro

Dopo ogni Sinistro denunciato a termini di Polizza e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'Indennizzo, le Parti, mediante lettera raccomandata A.R. o posta elettronica certificata, possono recedere dall'Assicurazione con preavviso di almeno 30 giorni.

In caso di recesso esercitato dalla Compagnia, quest'ultimo, entro 15 giorni dalla data di efficacia del recesso, rimborsa la parte di Premio, al netto dell'imposta, relativa al periodo di Rischio non corso.

Art. 9 - Validità territoriale

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole garanzie, l'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 10 - Colpa grave

L'Assicurazione è efficace, anche per i Danni determinati da colpa grave dell'Assicurato.

L'Assicurazione è efficace per i Sinistri cagionati per colpa grave delle persone delle quali l'Assicurato debba rispondere a norma di Legge.

Art. 11 - Buona fede

L'omissione della comunicazione, da parte del Contraente o dell'Assicurato, di una circostanza eventualmente aggravante il Rischio successiva alla stipulazione della presente Polizza, non pregiudica il diritto all'indennizzo Danni, sempreché tale omissione sia avvenuta in buona fede, e con l'intesa che il Contraente avrà l'obbligo di corrispondere



alla Compagnia il maggior Premio proporzionale al maggior Rischio, con decorrenza dal momento in cui la circostanza aggravante si è verificata.

Art. 12 - Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza

Gli obblighi derivanti dalla Polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 c.c.

Art. 13 - Termine di Prescrizione

Ai sensi e per gli effetti dell'Art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dall'Assicurazione nei Rami Danni si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Art. 14 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'Assicurazione sono a carico del Contraente.

Il presente contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia.

Art. 15 - Altre assicurazioni

Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali altre assicurazioni riguardanti gli stessi Rischi garantiti dalla presente Assicurazione.

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di darne avviso a tutti gli assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo contratto autonomamente considerato, ai sensi dell'Art. 1910 c.c..

Art. 16 - Limite massimo dell'Indennizzo

Salvo quanto espressamente previsto alle singole Garanzie, nonché dall'Art. 1914 c.c., a nessun titolo la Compagnia potrà essere tenuta a pagare somma maggiore di quella assicurata, in ragione dei limiti e delle condizioni stabilite per le singole Garanzie.

Art. 17 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente

Tutte le Controversie relative alla presente Assicurazione sono soggette alla giurisdizione italiana. In caso di Controversia tra le Parti, è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ex Art. 5 D. Lgs 28/2010 e successive modifiche ed integrazioni deferendo la Controversia esclusivamente ad organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia e inserito nel registro degli organismi di mediazione consultabile sul sito del suddetto Ministero (www.giustizia.it). Qualora successivamente si ricorra all'Autorità Giudiziaria, foro competente è il luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato o del Contraente.

Art. 18 - Legge applicabile

La Legge applicabile al contratto è quella italiana.

Art. 19 - Restrizioni Internazionali – Inefficacia del contratto

In nessun caso gli assicuratori/i riassicuratori saranno tenuti a fornire alcuna copertura assicurativa, soddisfare richieste di risarcimento o garantire alcuna Indennità in virtù del presente contratto, qualora tale copertura, pagamento o Indennità possano esporli a divieti, sanzioni economiche o restrizioni ai sensi di Risoluzioni delle Nazioni Unite o sanzioni economiche o commerciali, leggi o norme dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America, ove applicabili in Italia.

Art. 20 - Rinvio alle norme di Legge – Glossario

Il Glossario è parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione. Per quanto non diversamente regolato dalle presenti Condizioni di Assicurazione, valgono le norme di Legge.



CONDIZIONI DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

COS'È ASSICURATO

Art. 21 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione riconosce, entro i limiti indicati nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" di cui al seguito, le spese odontoiatriche effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, fermo i Termini di Carenza di cui all'Art.27 e rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto (resta inteso che la prevenzione odontoiatrica non è resa necessaria da Malattia o Infortunio) per:

- prestazioni di Emergenza Odontoiatrica;
- prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica.

La Compagnia garantisce all'Assicurato le prestazioni di "Emergenza Odontoiatrica" nonché di "Prevenzione Odontoiatrica" sia presso Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) - attivando preventivamente il Pagamento diretto - sia presso Strutture non Convenzionate (a rimborso).

Le prestazioni usufruite presso le Strutture Convenzionate, attivando il Pagamento diretto, sono gratuite per l'Assicurato; la spesa rimane a totale carico della Compagnia con massimale illimitato e senza limiti nella frequenza di utilizzo, tranne che per le "Prestazioni odontoiatriche di prevenzione" che possono essere eseguite, per singola tipologia di prestazione, con il massimo di 2 volte per Anno Assicurativo e per Assicurato.

Nel caso in cui l'Assicurato optasse per le Strutture non Convenzionate (a rimborso):

- l'importo massimo riconosciuto dalla Compagnia non potrà essere superiore, per singola tipologia di prestazione, all'importo presente nella tabella Prestazioni Odontoiatriche Assicurate nella colonna "Cure eseguite in Strutture non Convenzionate (a rimborso)";
- le "Prestazioni odontoiatriche di prevenzione" possono essere eseguite, per singola tipologia di prestazione, con il massimo di 2 volte per Anno Assicurativo e per Assicurato;
- il limite complessivo massimo di esposizione della Compagnia per ogni Assicurato è di € 1.000,00 per Anno Assicurativo.

Dal momento che le Strutture Convenzionate sono presenti solo nel territorio italiano, in caso di cure dentarie effettuate all'estero, la Compagnia rimborserà la spesa sostenuta dall'Assicurato entro i limiti e il massimale previsti dalla prestazione.

Tabella delle Prestazioni Odontoiatriche Assicurate

I limiti, indicati nelle tabelle sottostanti, si intendono applicati per prestazione.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DI EMERGENZA				
Codice	Descrizione	Cure eseguite in Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)	Cure eseguite in Strutture non Convenzionate (a rimborso)	Periodi di carenza
SD01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	Prestazioni gratuite per l'Assicurato. Il costo rimane al carico della Società di Assicurazione.	€ 16,50	30 giorni
SD02	Radiografia per 1 o 2 denti congiunti o Endorale per due elementi vicini		€ 16,50	
SD03	Radiografia per monitorare la cura iniziata		€ 12,75	
SD12	Otturazione per carie semplice Cavità di I e V Classe di Black		€ 30,00	
SD13	Otturazione per carie profonde Cavità di II Classe Black due pareti		€ 52,50	
SD17	Ricostruzione coronale in amalgama a più cuspidi		€ 71,25	
SD18	Ricostruzione coronale in composito - colore dente		€ 90,00	
SD30	Estrazione semplice di dente o radice		€ 22,50	

Condizioni di Assicurazione – NET Dental

Contratto di Assicurazione Danni per la protezione odontoiatrica dell'individuo e della famiglia



SD37	Reinserimento di dente avulso		€ 60,00
SD54	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione monocalare		€ 52,50
SD55	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione bicanalare		€ 82,50
SD56	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione tricanalare		€ 120,00
SD57	Medicazioni canalari e sedute per specificazione		€ 26,25
SD94	Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica		€ 30,00

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DI PREVENZIONE				
Codice	Descrizione	Cure eseguite in Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)	Cure eseguite in Strutture non Convenzionate (a rimborso)	Periodi di carenza
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	Prestazioni gratuite per l'Assicurato. Il costo rimane al carico della Società di Assicurazione.	€ 10,00	30 giorni
SD08	Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curettaggio manuale superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale e igiene orale		€ 41,25	
SD11	Assorbimento di fluoro nello smalto (lucidatura); applicazioni topiche oligoelementi		€ 15,00	

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Art. 22 - Limiti di età

L'Assicurazione è operante per gli Assicurati con:

- Età massima all'ingresso: 70 anni non compiuti;
- Età massima alla scadenza annuale dell'Assicurazione: 75 anni.

Qualora l'Assicurato compia il 75° anno di età durante l'annualità assicurativa e la copertura è prestata nella forma individuale il contratto cesserà alla scadenza dell'annualità assicurativa in cui lo stesso abbia compiuto i 75 anni; se la copertura è prestata nella forma Gruppo Familiare la copertura cesserà alla fine dell'annualità assicurativa limitatamente all'Assicurato che abbia compiuto 75 anni, proseguirà per i restanti Assicurati

Art. 23 - Norme assuntive

L'assunzione del Rischio da parte della Compagnia avviene sulla base dei dati forniti dal Contraente/Assicurato e secondo quanto normato all'Art. 24 – "Persone non assicurabili".

Le inesattezze e le reticenze del Contraente/Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 c.c.

COSA NON È ASSICURATO

Art. 24 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.

Al manifestarsi di tali condizioni nel corso del contratto, l'Assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'Art. 1898 del



Codice Civile, senza obbligo della Compagnia di corrispondere l'eventuale indennizzo. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di Premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Non sono, altresì, assicurabili le persone non stabilmente residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Art. 25- Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

1. tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della Data di Decorrenza;
2. le prestazioni effettuate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione della Polizza, per qualsiasi motivo, anche se la Malattia si è manifestata e l'Infortunio è avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
3. le cure o trattamenti medico odontoiatrico che non corrisponde alla definizione di Emergenza Odontoiatrica o Prevenzione Odontoiatrica e/o non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate";
4. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e/o privi di abilitazione professionale;
5. trattamenti ortodontici e prestazioni di ortodonzia;
6. le procedure sperimentali o non riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni odontoiatriche;
7. gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
8. le spese sostenute in conseguenza di Malattie mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 10° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD10-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
9. le prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;
10. le estrazioni di denti decidui (da latte);
11. le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti e parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che removibile.
12. i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca;
13. gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
14. gli Infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), o allucinogeni;
15. le conseguenze dirette e indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
16. le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'Assicurato abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
17. le cure ed interventi relativi a infezioni da HIV e sindromi correlate con o senza AIDS;
18. controlli di routine e/o check-up, salvo quanto previsto per le prestazioni di "Prevenzione Odontoiatrica";
19. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
20. gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
21. qualsiasi prestazione medica relativa a denti mancanti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
22. interventi che richiedano anestesia generale o sedazione totale.



LIMITI DI COPERTURA

Art. 26 - Patologie preesistenti

Limitatamente alle prestazioni da “Emergenza Odontoiatrica”, l'Assicurazione non copre gli stati invalidanti, gli Infortuni e le Malattie in genere già conosciuti, diagnosticati o che abbiano dato origine a cure, esami, anteriormente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e relative complicanze, conseguenze dirette e indirette.

Art. 27 - Termini di Carenza

Le prestazioni saranno operanti ed effettive salvo le esclusioni al precedente Art. 23, per:

- gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- prestazioni di “Emergenza odontoiatrica” e “Prevenzione odontoiatrica”: dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.

Restano escluse, anche successivamente al Termine di Carenza, eventuali Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami in tale periodo.

Art. 28 - Responsabilità

L'Assicurato riconosce espressamente che la Compagnia e la Centrale Operativa non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalla Strutture Convenzionate.

Pertanto, l'Assicurato prende atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovrà rivolgersi esclusivamente alle strutture sanitarie (Istituti di cura, Centri diagnostici, Centri e Studio odontoiatrici etc.) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 29 - Denuncia di Sinistro

Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri la Compagnia si avvale della Centrale Operativa che risponde ai seguenti numeri per chiamate dall'Italia e dall'estero:

- 02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00 per ricevere informazioni relative alle coperture, alla modalità di attivazione delle prestazioni e del Sinistro (denuncia e stato lavorazione), stesso numero attivo H24 per la gestione delle emergenze.

La denuncia può avvenire anche tramite e-mail sinistri.netinsurance@myassistance.it o all'indirizzo internet <https://app.myassistance.eu> oppure tramite l'app dedicata della Centrale Operativa.

Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, nel contattare la Centrale Operativa presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al Rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se ha utilizzato le Strutture Convenzionate ed è stato preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

Utilizzando le Strutture Convenzionate l'Assicurato ha sempre l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente alla Centrale Operativa l'autorizzazione.

Qualora l'Assicurato richieda successivamente il Rimborso di spese mediche per prestazioni ricevute in Strutture Convenzionate, tale rimborso non potrà essere superiore all'importo presente nella tabella “Prestazioni Odontoiatriche Assicurate” di cui al precedente Art. 21 – “Oggetto dell'Assicurazione”.

Condizioni di Assicurazione – NET Dental

Contratto di Assicurazione Danni per la protezione odontoiatrica dell'individuo e della famiglia



Eventuale documentazione compilata in lingua diversa dall'Italiano, Inglese, Francese e Spagnolo dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assicurato.

L'Assicurato, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della Compagnia e qualsiasi indagine od accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'Assicurato stesso.

Art. 30 - Gestione del Sinistro

La richiesta di Rimborso viene gestita dalla Centrale Operativa entro 20 giorni lavorativi dalla data di ricezione della documentazione da parte dell'Assicurato.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato o ad un beneficiario delle prestazioni e il Rimborso avviene a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Il Rimborso viene sempre effettuato a cura ultimata in Euro.

Il pagamento diretto che la Compagnia effettuerà alle Strutture Convenzionate, solleverà la Compagnia stesso nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Compagnia abbia già corrisposto.

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Compagnia a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

Tutte le prestazioni assicurate devono essere effettuate da medico dentista o da una struttura odontoiatrica.

Al fine della valutazione del Sinistro, la Compagnia, per il tramite della Centrale Operativa, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario.

La Compagnia avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della documentazione inviata Al fine della corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione.

Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti, la Compagnia si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Art. 31 - Documentazione da inviare in caso di Sinistro

Di seguito si descrive il tipo di documentazione da inviare in caso di Sinistro.

L'Assicurato può:

- richiedere alla Compagnia di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate con la Centrale Operativa;
- richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate.

Art. 32 - Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

L'Assicurato ha l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente alla Centrale Operativa l'autorizzazione al Pagamento diretto, contattando il numero indicato all'Art. 29.

La Centrale Operativa prenoterà per conto dell'Assicurato l'appuntamento presso la Struttura Convenzionata.

L'elenco delle Strutture Convenzionate è disponibile nel sito <http://www.myassistance.it/networks/network-odontowelfare/elenco-strutture.html> o sull'app dedicata della Centrale Operativa dove l'Assicurato accede con le proprie credenziali.

In occasione della prima attivazione della Polizza il dentista dovrà compilare l'odontogramma che riepiloga lo stato di salute della bocca dell'Assicurato.

Inoltre, durante la prima visita sarà richiesto all'Assicurato di sottoscrivere con il medico dentista il proprio budget cure odontoiatriche (BCO) per l'approvazione delle prestazioni incluse nel Piano Assicurativo. I trattamenti e le prestazioni non compresi nel Piano Assicurativo verranno fatturate direttamente all'Assicurato.

L'odontogramma e il BCO saranno forniti dalla Centrale Operativa direttamente alla Struttura Convenzionata.



In caso di prestazione resa necessaria da Infortunio l'Assicurato dovrà fornire alla Centrale Operativa il referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. OPT, radiografie).

Art. 33 - Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di autorizzazione al pagamento diretto qualora si dovesse accertare successivamente la non validità della Polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione, la Compagnia ne darà comunicazione scritta all'Assicurato, il quale dovrà restituire alla Compagnia stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di Cura se già saldate dalla Compagnia alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

Art. 34 - Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Al termine delle cure, l'Assicurato deve inviare la richiesta di Rimborso completa di:

- modulo di rimborso compilato in ogni sua parte e sottoscritto dall'Assicurato con eventuale supporto del dentista (il modulo deve essere richiesto alla Centrale Operativa)
- copia delle fatture valide ai fini fiscali, con dettaglio della singola prestazione effettuata, relativo costo e data in cui le singole prestazioni sono state eseguite. Se la fattura riporta una data diversa rispetto a quella in cui sono state eseguite le prestazioni per l'indennizzabilità del Sinistro, farà fede la data in cui sono state eseguite le singole prestazioni;
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio, referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. OPT, radiografie).

La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato tramite mail all'indirizzo: sinistri.netinsurance@myassistance.it

Art. 35 - Pagamento dell'Indennizzo per i Sinistri a rimborso

Il pagamento dell'Indennizzo in caso di Sinistro viene riconosciuto dalla Compagnia a ricezione di tutta la documentazione completa e se, a seguito dell'istruttoria, il Sinistro è indennizzabile ai sensi di Polizza.



INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Informazioni ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento Generale UE sulla protezione dei dati personali n. 679/2016

La società **Net Insurance S.p.A.** (più avanti, anche l'“Assicuratore”, “Net”, la “Società”) con sede legale in via Giuseppe Antonio Guattani, 4 – 00161 Roma, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 (più avanti, anche il “Regolamento”), ed in coerenza del principio di trasparenza e consapevolezza delle caratteristiche e modalità del trattamento dei dati, rende le presenti informazioni.

1) Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento è la Società Net Insurance S.p.A., con sede legale in via Giuseppe Antonio Guattani, 4 – 00161 Roma, alla quale l'interessato, anche per il tramite del contraente, ha fornito i propri dati personali.

2) Tipologia e fonte dei dati

I dati personali trattati da Net Insurance S.p.A., a seconda della tipologia di polizza da lei sottoscritta, sono i dati personali Suoi, dei Suoi familiari, degli assicurati e di terzi beneficiari (ove applicabile) o aventi titolo sui beni assicurati, da Lei forniti nel corso del rapporto con la Società (sia nella fase di valutazione del rischio, sia nella successiva fase liquidativa).

Tali dati personali potranno includere, a titolo esemplificativo, dati identificativi, anagrafici e professionali, stato civile, informazioni finanziarie (inclusi i premi), dati bancari e dati relativi a documenti personali e qualsiasi altro beneficiario, nonché eventualmente dati giudiziari, quali dati idonei a rilevare provvedimenti giudiziari a Suo carico ovvero sanzioni dipendenti da reato o la sua qualità di indagato o imputato in processi penali.

Il mancato conferimento di tali dati, essendo necessario e/o strumentale all'esecuzione dei servizi e delle prestazioni richieste potrebbe non rendere possibile l'esecuzione del/dei contratto/i di assicurazione.

Può accadere, inoltre, che nel corso della durata del/dei contratto/i che Lei intende sottoscrivere in data odierna ovvero di altri eventuali ulteriori contratti di assicurazione che dovesse sottoscrivere in seguito (di seguito anche “**il/i Contratto/i**”) al fine dell'esecuzione di specifiche operazioni, la Società venga in possesso di categorie particolari di dati (quali, ad esempio, dati idonei a rivelare lo stato di salute). Per il trattamento di tali dati la legge richiede il Suo consenso da manifestarsi in modo esplicito e per iscritto. Il mancato conferimento del consenso per le categorie particolari di dati, essendo necessario e/o strumentale all'esecuzione dei servizi e delle prestazioni richieste potrebbe non rendere possibile l'esecuzione del/i Contratto/i.

3) Finalità e base giuridica del trattamento dei dati

Net tratterà i Suoi dati personali, ivi ricomprese categorie particolari di dati e dati giudiziari per le seguenti principali finalità:

- finalità connesse all'emissione del/i Contratto/i, finalità connesse all'esecuzione degli obblighi derivanti dal Contratto assunti dalla Società (ad esempio gestione amministrativa del rapporto, gestione dei sinistri, gestione dei premi e di eventuali richieste di indennizzo). La base giuridica di tali attività di trattamento si riviene nella necessità di dare esecuzione e gestire il Contratto di cui Lei è parte o le misure precontrattuali adottate su Sua richiesta; per le sole categorie particolari di dati la base giuridica si individua nel Suo consenso;
- finalità connesse all'adempimento di obblighi previsti da leggi (es. normativa Antiriciclaggio, prevenzione del terrorismo), da regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge e da Organismi di Vigilanza e Controllo. La base giuridica è individuata dalla necessità di adempiere ad un obbligo legale a cui la Società è soggetta;



- finalità di prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali ovvero difendere in fase stragiudiziale e giudiziale i diritti della Società. La base giuridica si individua nel perseguimento del legittimo interesse della Società alla prevenzione dei fenomeni di frode in materia assicurativa e nella tutela dei diritti della Società derivanti dalla legge o dai contratti di cui è parte.

Il conferimento dei dati personali ed il trattamento degli stessi da parte della Società per le finalità di cui ai punti precedenti è necessario ed in mancanza la Società non potrà dar seguito alla conclusione del Contratto o all'esecuzione di attività connesse alla sua esecuzione, ivi inclusa la liquidazione dei sinistri.

Inoltre, la Società tratterà i suoi dati personali ad esclusione di quelli di natura particolare e giudiziari:

- previo consenso specifico, anche per finalità di marketing e/o profilazione, realizzate sia con modalità automatizzata (es. email, sms, fax) sia con modalità non automatizzate (es. posta ordinaria, telefono con operatore) di contatto, quali a mero titolo esemplificativo, ricerche di mercato, indagini statistiche, anche intese a rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela, invio di comunicazioni personalizzate su prodotti e servizi della Società o di Società appartenenti al Gruppo, anche sulla base delle Sue abitudini e dei Suoi interessi. Il conferimento dei dati per tali finalità è del tutto facoltativo e la decisione di non concedere tali consensi non inficerà l'esecuzione del rapporto con la Società, precludendole solo la possibilità di ricevere materiale commerciale e promozionale. La base giuridica del trattamento di questi trattamenti si individua nel Suo consenso espresso.

4) Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli di natura particolare:

- a. è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate nel Regolamento;
- b. avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità suddette, e, comunque, in modo da garantire la sicurezza dei dati stessi;
- c. è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e/o da altri soggetti in qualità di responsabili e/o autorizzati al trattamento.

5) Destinatari dei dati

- a. I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 3 - ad altri soggetti della filiera assicurativa, quali coassicuratori, riassicuratori, società di archiviazione, società di gestione dei sinistri, fiduciari peritali e legali, enti di controllo (IVASS, CONSAP, UIF, Banca d'Italia), Autorità Giudiziaria ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati personali è obbligatoria per legge o per la finalità di conclusione / esecuzione del contratto assicurativo.
- b. Inoltre, i dati personali possono essere comunicati, esclusivamente per le finalità di cui al punto 3, a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate,) ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.
- c. I dati personali potranno essere comunicati, ove necessario, a soggetti facenti parte della c.d. "catena assicurativa" e che operano in qualità di titolari autonomi del trattamento (in particolare canali di acquisizione di contratti di assicurazione e loro collaboratori, assicuratori, coassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati, medici, periti ed altri consulenti, strutture sanitarie, agenzie investigative, servi di spedizione etc.), banche e organismi associativi e consortili del settore assicurativo (ANIA e conseguentemente le imprese di assicurazioni ad essa associate), IVASS, UIF ed altre Autorità Pubbliche nonché persone, società, associazioni che svolgono servizi di assistenza e/o consulenza per Net (es. in materia contabile, amministrativa, finanziaria), società o soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere dalla Società.

L'elenco dei soggetti a cui i dati potranno essere comunicati o che agiscono in qualità di Responsabili del trattamento è disponibile, su richiesta, all'indirizzo responsabileprotezionedati@netinsurance.it ovvero presso la sede della Società.



I dati non sono generalmente trasferiti fuori dall'unione europea; tuttavia, ove per specifiche esigenze connesse alla sede dei servizi resi dai fornitori, fosse necessario trasferire i dati verso Paesi situati fuori dallo Spazio economico Europeo, anche in Paesi che non offrono protezione adeguata, Net si impegna a garantire livelli di tutela e salvaguardia anche di carattere contrattuale adeguati secondo le norme applicabili, ivi inclusa la stipulazione di clausole contrattuali tipo (si potrà richiedere al DPO/Responsabile per la protezione dei dati personali – all'indirizzo responsabileprotezionedati@netinsurance.it ovvero con lettera raccomandata indirizzata alla Società – copia degli impegni assunti dai terzi nel contesto di tali clausole nonché l'elenco dei Paesi situati fuori dallo Spazio Economico Europeo dove sono trasferiti i dati).

6) Periodo di conservazione dei dati

L'Assicuratore, fatta salva la gestione di eventuale contenzioso e la vigente normativa fiscale e tributaria, è obbligato a conservare i dati personali:

- riguardo ai contratti assicurativi, per cinque anni dalla data in cui il contratto ha cessato di avere effetto e per cinque anni dalla data di eliminazione senza pagamento di indennizzo o del pagamento di tutti gli importi dovuti a titolo di risarcimento e di spese dirette (Art. 8 del Regolamento ISVAP n.27/2008);
- riguardo ad ogni altro documento / contratto, per dieci anni dalla data dell'ultima registrazione (art. 2220 del Codice Civile).

7) Diritti dell'Interessato

7.1) Il Regolamento conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti in relazione ai dati personali comunicati, che potranno essere esercitati nei limiti e in conformità a quanto previsto dalla normativa:

- Diritto di accesso ai suoi dati personali (art. 15);
- Diritto di rettifica (art. 16);
- Diritto di cancellazione (diritto all'oblio) (art. 17);
- Diritto di limitazione di trattamento (art. 18);
- Diritto alla portabilità dei dati (art. 20);
- Diritto di opposizione (art. 21);
- Diritto di contattare il Responsabile della protezione dei dati (DPO) per tutte le questioni relative al trattamento dei suoi dati personali e all'esercizio dei diritti derivanti dal Regolamento. Il DPO può essere contattato come indicato nel successivo punto;

7.2) Per esercitare i diritti, può scrivere a:

NET INSURANCE S.p.A.

Responsabile Protezione Dati

Via Giuseppe Antonio Guattani, 4,

00161 Roma

ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it

ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it

7.3) Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giudiziale, Lei ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità a cui è demandato il controllo del rispetto del regolamento; per l'Italia: il Garante per la protezione nelle seguenti modalità:

- a. raccomandata A/R indirizzata a Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia,11 - 00187 Roma
- b. messaggio di posta elettronica certificata indirizzata a protocollo@pec.gpdp.it

Condizioni di Assicurazione – NET Dental

Contratto di Assicurazione Danni per la protezione odontoiatrica dell'individuo e della famiglia



CONTATTI UTILI

Sito www.netinsurance.it

PER DENUNCIARE UN SINISTRO

- Per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA — Italia
- Per telefono: 02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00 (da contattare anche per chiarimenti)
- Per e-mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it
- Via Internet o tramite app dedicata: <https://app.myassistance.eu>