

# Polizza infortuni

## Documento Informativo relativo al Prodotto Assicurativo

Società: BCC Assicurazioni

Prodotto: "Crediper Protezione Dental"

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative ai prodotti sono fornite in altri documenti

### Che tipo di assicurazione è?

Con la presente convenzione collettiva, la Società si obbliga a rimborsare le spese odontoiatriche, effettivamente sostenute dall'Assicurato, per: cure dentarie da infortunio e malattia e prevenzione dentaria.



### Che cosa è assicurato?

- ✓ La Convenzione collettiva in oggetto obbliga la Società a rimborsare le spese sanitarie odontoiatriche, effettivamente sostenute dall'Assicurato per le prestazioni di seguito riportate:
- ✓ Cure dentarie da infortunio e malattia;
- ✓ Prevenzione dentaria: prestazioni finalizzate a sostenere e promuovere l'igiene orale prevenendo la formazione di carie dentaria e di malattie periodontali.
- ✓ Per tutte le altre prestazioni odontoiatriche che non rientrano in copertura o per superamento dei massimali è prevista, in ogni caso, la possibilità per l'Assicurato di usufruire, all'interno dello stesso ciclo di cure previste dalle coperture assicurative e sempre presso il network convenzionato, di tariffe agevolate predeterminate.



### Che cosa non è assicurato?

- ✗ Le cure dentarie da infortunio e malattia il cui infortunio e/o malattia sia avvenuto prima della data di decorrenza della Polizza.
- ✗ Le cure odontoiatriche e la prevenzione dentaria eseguite prima o dopo il periodo di validità della Polizza.
- ✗ Sono escluse dalla copertura:
  - ✗ Le prestazioni odontoiatriche non effettuate da medici regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
  - ✗ Cure e trattamenti effettuati successivamente alla data di scadenza, anche se l'Infortunio o la Malattia si sono verificati durante la validità della Polizza;
  - ✗ Le conseguenze di infortuni occorsi precedentemente alla Data di decorrenza della Polizza;
  - ✗ Tutti i trattamenti e le prestazioni odontoiatriche non compresi nell'elenco delle prestazioni rimborsabili;
  - ✗ Prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;
  - ✗ Estrazioni di denti decidui (da latte);
  - ✗ Malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso.
- ✗ Le persone fisiche di età inferiore ai 18 anni e che al momento della sottoscrizione dell'Adesione abbiano già compiuto i 75 anni di età.
- ✗ Le persone che siano affette da alcolismo, intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, sieropositività diagnosticata dal test H.I.V, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).



## Ci sono limitazioni alla copertura?

- ! Le prestazioni sono fornite nel rispetto del limite numerico di una o più volte per anno assicurativo e con vincoli tecnici così come esplicito in polizza.
- ! L'Assicurato deve avere il domicilio in Italia per tutta la durata del contratto; la comunicazione da parte dell'Assicurato di variazione del domicilio, in uno stato estero nel quale la Compagnia non sia autorizzata ad esercitare l'attività assicurativa, costituisce causa di risoluzione contrattuale
- ! Sono esclusi dalla presente Polizza:
  - ! Le prestazioni odontoiatriche conseguenti a malattie, stati patologici, difetti fisici e anomalie congenite o comunque preesistenti, nonché tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati o resisi necessari prima della stipula della Polizza;
  - ! Gli eventi derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove ed allenamenti) di qualsiasi sport e dalla pratica di sport estremi o pericolosi tra cui a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo: speleologia, kitesurf, alpinismo con scalata di ghiaccio o roccia oltre il 3° grado della scala U.I.A.A, bob, parkour, rally, bungee jumping, altri;
  - ! Gli eventi subiti e conseguenti allo stato di ubriachezza o all'uso di sostanze stupefacenti;
  - ! Conseguenze di trasformazioni energetiche dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili ai sensi della presente copertura assicurativa;
  - ! Tutti i danni e le spese conseguenti, risultanti o collegati, anche indirettamente a: guerra, invasione, insurrezione, rivoluzione, ribellione, guerra civile, ostilità ed operazioni belliche potere militare o usurpazione di potere, terrorismo e tumulti civili, arruolamento volontario, richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
  - ! Le conseguenze di atti violenti o aggressioni in cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
  - ! Stati patologici correlati direttamente o indirettamente all'H.I.V. e a qualsiasi Malattia che abbia relazione con l'H.I.V.
- ! La polizza prevede dei periodi di carenza per cure dentarie a seguito Malattia e/o Infortunio e per la visita e igiene dentale.
- ! Qualora per un elemento dentale sia stata pagata una prestazione per trattamenti conservativi e/o endodontici, non sono erogabili per lo stesso elemento dentale nuove prestazioni della stessa tipologia se non sono trascorsi almeno 18 mesi dalla precedente prestazione misurati dalla data di effettuazione della prima cura.



## Dove sono coperto dall'assicurazione?

- ✓ L'Assicurazione vale per tutto il territorio Italiano compresi la Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.



## Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere: eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono essere causa di annullamento dello stesso e/o di limitazione dell'indennizzo dovuto.
- Devi comunicare per iscritto alla Compagnia ogni aggravamento o diminuzione del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Compagnia possono comportare la perdita totale o parziale del tuo diritto al pagamento dell'indennizzo, nonché la cessazione del contratto;



## Quando e come devo pagare?

- Per ciascun assicurato il costo annuale della garanzia assicurativa, comprensivo di imposte, è di € 270,00.
- Il premio assicurativo viene finanziato nel prestito personale sottoscritto dal cliente.



## Quando inizia e quando finisce la copertura?

- La copertura assicurativa, ha durata annuale a tacito rinnovo.
- L'assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato sulla Dichiarazione di Adesione e termina alla data indicata nel modulo stesso.



### Come posso cancellare il contratto?

- La copertura assicurativa cesserà automaticamente alla ricorrenza annuale immediatamente successiva al compimento del settantacinquesimo anno di età dell'Assicurato.
- La disdetta della presente convenzione può essere comunicata alla controparte in qualsiasi momento dando preavviso con lettera raccomandata A.R. La disdetta produce effetto non prima che siano decorsi 60 giorni dalla data di ricezione della comunicazione.

# Polizza infortuni

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

Società: BCC Assicurazioni  
Prodotto: "Crediper Protezione Dental"



Data di realizzazione: 1/1/2019 – Il presente DIP aggiuntivo Danni è l'ultimo disponibile

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

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

**BCC Assicurazioni S.p.A.** (gruppo Cattolica Assicurazioni), sede legale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano - Telefono: 02/466275; Sito Internet: [www.bccassicurazioni.com](http://www.bccassicurazioni.com); e-mail: [bccassicurazioni@bccassicurazioni.bcc.it](mailto:bccassicurazioni@bccassicurazioni.bcc.it); [bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it](mailto:bcc.assicurazioni@pec.gruppocattolica.it) Società iscritta all'Albo Imprese di Assicurazione tenuto da IVASS al n. 1.00124 ed autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento IVASS n. 333 del 13 settembre 1996 – G.U. n. 220 del 19 settembre 1996., iscritto all' Albo dei gruppi assicurativi al N. 019.

Con riferimento all'ultimo bilancio approvato, l'ammontare:

- del Patrimonio Netto è pari a 11 milioni di euro (la parte relativa al capitale sociale è pari a 14 milioni di euro – le perdite portate a nuovo sono pari a 2 milioni);
- del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 7,3 milioni di euro (a);
- del Requisito Patrimoniale Minimo è pari a 3,7 milioni di euro;
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale di Solvibilità è pari a 13,5 milioni di euro (b).
- dei fondi propri ammissibili alla copertura del Requisito Patrimoniale Minimo, è pari a 12,8 milioni di euro

Relativamente all'indice di solvibilità (solvency ratio), i fondi propri ammissibili ammontano a 1,84 volte il requisito patrimoniale Solvency II (SCR) (b/a).

Per ulteriori informazioni circa la solvibilità e la condizione finanziaria dell'impresa si invita a consultare il sito al seguente link: [http://www.bccassicurazioni.com/doc2/default.asp?i\\_archivioID=25345&i\\_cartellaID=33568&i\\_menuID=45810](http://www.bccassicurazioni.com/doc2/default.asp?i_archivioID=25345&i_cartellaID=33568&i_menuID=45810)

Al contratto si applica la legge italiana



## Che cosa è assicurato?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si precisa che resta convenuto che la validità delle garanzie fornite dalla Società a favore degli Assicurati non è infirmata dalla contemporanea esistenza di altre assicurazioni con altre Società.

L'impresa risponde nei limiti delle somme assicurate concordate con il Contraente, oltre che di quelle indicate in modo specifico nelle Condizioni di assicurazione e nella scheda di polizza. .



## Che cosa NON è assicurato?

### Rischi esclusi

La garanzia non copre:

- le spese relative a cure da effettuarsi una volta terminato il periodo di efficacia della copertura assicurativa o se si siano rese necessarie prima della Data di decorrenza;
- le cure odontoiatriche a seguito di Infortunio qualora lo stesso non sia oggettivamente documentato comprovato da idonea documentazione e da referto di Pronto Soccorso. Le cure preventive dovranno essere congrue con le lesioni subite e documentate.



## Ci sono limiti di copertura?

Ad integrazione di quanto già indicato nel DIP Danni, si precisano le seguenti limitazioni di copertura.

La copertura assicurativa non è operante se:

- non vi è la regolarità amministrativa;
- alla prima attivazione non sia stato inviato alla Centrale Operativa la Scheda Anamnestica circa lo stato del cavo orale compilato dal medico odontoiatra in Allegato alla documentazione di spesa e al Modulo di Rimborso per le indirette e non sia stato fornito alla Centrale Operativa in Allegato al Piano di Trattamento dal medico odontoiatra convenzionato in caso di assistenza Diretta;
- l'Assicurato non invii alla Centrale Operativa quanto necessario per la valutazione del rimborso o per valutare la possibilità di fruire dell'assistenza Diretta.
- non sia stata trasmessa la documentazione medica come indicato dai vincoli tecnici inclusi nel piano sanitario.

Ad integrazione di quanto suindicato non verrà attivata l'assistenza Diretta se:

- l'Assicurato contatti la Centrale Operativa per i casi di non comprovata urgenza con un preavviso inferiore a 2 giorni lavorativi;
- il pagamento diretto non sia stato confermato dalla Centrale Operativa o le cure odontoiatriche siano state eseguite da un medico odontoiatra convenzionato diverso da quello autorizzato;
- le cure odontoiatriche effettuate e fatturate non sono quelle per le quali la Centrale Operativa ha inviato la presa in carico al medico odontoiatra convenzionato.

Qualora il Piano di Trattamento preveda Cicli di cura con prestazioni odontoiatriche da effettuarsi anche oltre il periodo assicurativo in corso, le stesse non saranno coperte.



## Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

### Denuncia di sinistro

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Centrale Operativa che gestisce in conto della Società i sinistri, oppure alla Società stessa, quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre il trentesimo giorno dal momento in cui il l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso di Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

Successivamente l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta a chiusura del Sinistro entro e non oltre 4 mesi (120 giorni) dalla data di scadenza della Polizza.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del Sinistro in fotocopia, la Società si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture che della documentazione medica.

Ai fini della valutazione del rimborso di tutte le prestazioni coperte dalla presente Polizza, erogate sia in assistenza Diretta che Indiretta, la Società si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica, esiti di esami strumentali o ogni altra documentazione utile alla corretta valutazione del Sinistro.

**Assistenza diretta/in convenzione:** l'Assicurato potrà avvalersi di medici odontoiatri o centri odontoiatrici convenzionati usufruendo del pagamento diretto da parte della Società (assistenza Diretta).

### Cosa fare in caso di sinistro?

**Gestione da parte di altre imprese: Assistenza diretta/in convenzione:** La Compagnia si avvale per la gestione dei sinistri della Società Mapfre Warranty S.p.A., Strada Trossi 66 – 13871 Verrone (BI), (indicando sulla busta "Ufficio Liquidazione Sinistri"):

	<ul style="list-style-type: none"> <li>dall'Italia : Numero Verde 800-90.48.26 (operativo anche per i cellulari)</li> <li>dall'estero : Prefisso internazionale 015-255.96.40 (operativo anche per i cellulari) operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle ore 18,00 e il sabato dalle ore 8,00 alle ore 12,00;</li> <li>posta elettronica: <a href="mailto:sinistridentale@mapfre.com">sinistridentale@mapfre.com</a>.</li> </ul> <p><b>Prescrizione:</b> Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze. Gli altri diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda.</p>
<b>Dichiarazioni inesatte o reticenti</b>	Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato/Aderente o del Contraente 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 o 1893 o 1894 c.c.
<b>Obblighi dell'impresa</b>	Verificata l'operatività della garanzia, valutato il danno e ricevuta la necessaria documentazione, la Società provvederà al pagamento del sinistro.



### Quando e come devo pagare?

<b>Premio</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
<b>Rimborso</b>	A seguito di recesso dal contratto, se non con effetto dalla scadenza di una rata di premio, si farà luogo al rimborso al Contraente del premio annuo pagato e non goduto, tranne le imposte.



### Quando comincia la copertura e quando finisce?

<b>Durata</b>	<p><u>Periodo di carenza:</u> Si precisa che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>per le Cure Dentarie a seguito di Infortunio non è previsto alcun periodo di Carenza;</li> <li>per le Cure Dentarie a seguito di Malattia viene stabilito un periodo di Carenza di 90 giorni a partire dalla data iniziale di copertura;</li> <li>per la visita e l'igiene dentale viene stabilito un periodo di Carenza di 90 giorni a partire dalla data iniziale di copertura.</li> </ul>
<b>Sospensione</b>	Non prevista



### Come posso disdire la polizza?

<b>Ripensamento dopo la stipulazione</b>	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni
<b>Risoluzione</b>	Non prevista



### A chi è rivolto questo prodotto?

Il prodotto, sotto forma di convenzione collettiva, è rivolto ai soggetti che vogliono tutelarsi per le spese sostenute per cure dentarie da infortunio e prevenzione dentaria



## Quali costi devo sostenere?

### Costi di intermediazione

Nella tabella di seguito riportata è data evidenza delle provvigioni percepite dagli intermediari:

Tutti i rischi	30 %
----------------	------

## COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

<b>All'impresa assicuratrice</b>	<p>Eventuali reclami devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:          BCC Assicurazioni S.p.A - Servizio Reclami c/o Società Cattolica Assicurazioni – Società Cooperativa          Servizio Reclami di Gruppo          Lungadige Cangrande n°16 – 37126 Verona (Italia)          Fax: 045/8372354          E-mail: <a href="mailto:reclami@cattolicaassicurazioni.it">reclami@cattolicaassicurazioni.it</a></p> <p>Indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente, numero di polizza e nominativo del Contraente, numero e data del sinistro, indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato.          La Società invierà risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.</p>
<b>All'IVASS</b>	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: <a href="mailto:ivass@pec.ivass.it">ivass@pec.ivass.it</a> . Info su: <a href="http://www.ivass.it">www.ivass.it</a>
<b>PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:</b>	
<b>Mediazione</b>	<p><i>Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito <a href="http://www.giustizia.it">www.giustizia.it</a>. (Legge 9/8/2013, n. 98).</i></p> <p>Il reclamante potrà attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazioni delle controversie civili di cui al D.Lgs. 4 marzo 2010 n°28 presentando specifica istanza ai sensi dell'Art.4 presso gli organismi di mediazione previsti dall'Art. 16 del citato decreto. <b>Obbligatoria per poter promuovere un'azione giudiziale</b></p>
<b>Negoziazione assistita</b>	<i>Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa. <b>Facoltativa</b></i>
<b>Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie</b>	<p>- Collegio Medico          In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento o sulla misura dell'indennità da corrispondere all'Assicurato, nonché sui criteri di liquidazione contrattualmente stabiliti, le parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente, al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il Collegio medico.          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, esclusa ogni solidarietà. I risultati delle operazioni peritali del Collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.</p>

	<p>Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.</p> <p>- Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile attivare la rete FIN-NET e presentare reclamo rivolgendosi direttamente al soggetto che la gestisce nel Paese in cui ha sede l'Impresa di Assicurazione (rintracciabile accedendo al sito della Commissione europea: <a href="http://www.ec.europa.eu/fin-net">http://www.ec.europa.eu/fin-net</a> oppure all'IVASS, che provvede a coinvolgere il soggetto competente, dandone notizia al reclamante.</p>
--	---

**PER QUESTO CONTRATTO L'IMPRESA DISPONE DI UN'AREA INTERNET RISERVATA AL CONTRAENTE (c.d. HOME INSURANCE), PERTANTO DOPO LA SOTTOSCRIZIONE POTRAI CONSULTARE TALE AREA.**



# CONTRATTO DI ASSICURAZIONE SULLA PERSONA

## Crediper Protezione Dental

Prestazioni assicurate da:



**BCC Assicurazioni S.p.A.**  
Società del Gruppo Cattolica Assicurazioni

**Le presenti Condizioni di Assicurazioni**

**Ed. 31/05/2018, devono essere consegnate unitamente ai Documenti Informativi Precontrattuali:**

- **DIP Danni, Ed. 01/10/2018**
- **DIP aggiuntivo Danni, Ed. 01/01/2019**

## GLOSSARIO

### **Anno Assicurativo**

Periodo continuativo di 12 mesi in cui l'assicurazione è efficace, con inizio alle ore 24 della Data di Decorrenza.

### **Assicurato**

La persona fisica che sia cliente del Contraente e che abbia sottoscritto la Dichiarazione di Adesione alla presente assicurazione.

### **Assicurazione**

Il contratto di assicurazione.

### **Carenza**

Periodo di tempo che intercorre fra la data di decorrenza della polizza assicurativa e l'inizio dell'operatività delle prestazioni, durante il quale la copertura assicurativa si intende inoperante.

### **Cavo orale**

La bocca, comprese le labbra, la mucosa buccale, i denti, le gengive, i due terzi anteriori della lingua, il pavimento orale sublinguale, il palato duro, il trigone retro molare. Sono escluse le ghiandole salivari maggiori, l'orofaringe, la rinofaringe, l'ipofaringe e le sedi limite tra la cavità orale e la faringe.

### **Centrale Operativa**

E' la struttura di **Mapfre Warranty** – Strada Trossi, 66 - 13871 Verrone (Biella), costituita da medici e operatori in funzione dalle 8,00 alle 18,00 dal lunedì al venerdì e dalle 8,00 alle 12,00 il sabato, che in virtù di una specifica convenzione sottoscritta con la Compagnia provvede, per incarico di quest'ultima, al contatto telefonico con l'assicurato e organizza ed eroga, con costi a carico della Compagnia stessa, le prestazioni previste in Polizza.

### **Centro Odontoiatrico convenzionato**

Strutture odontoiatriche appartenente al Network.

### **Ciclo di cura**

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

### **Contraente**

**BCC CreditoConsumo S.p.A** , che stipula il contratto di assicurazione per conto dei propri clienti.

### **Data di Decorrenza**

La data indicata nella dichiarazione di adesione dalla quale la copertura è efficace.

### **Dichiarazione di Adesione**

Il modulo sottoscritto dall'Assicurato, contenente dichiarazioni rilevanti ai fini dell'assicurazione.

### **Difetto Fisico**

Alterazione organica clinicamente statica e stabilizzata, sia di tipo acquisito durante lo sviluppo fisiologico, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da malformazione congenita.

### **Dentista**

Il medico odontoiatra abilitato all'esercizio della professione in Italia.

## **Elenco delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso**

Opzione Assicurativa con i relativi vincoli temporali e tecnici ed importo massimo rimborsabile per prestazione.

### **Forma Diretta**

Forma di erogazione delle prestazioni senza preventivo esborso di denaro da parte dell'Assicurato presso una delle strutture odontoiatriche appartenenti al Network (assistenza diretta – pagamento diretto).

### **Forma Indiretta**

Forma di erogazione delle prestazioni con pagamento anticipato delle prestazioni da parte dell'Assicurato presso una delle strutture odontoiatriche non appartenenti al Network (assistenza indiretta).

### **Franchigia**

La parte di danno espressa in cifra che rimane a carico dell'assicurato.

### **Infortunio**

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

### **Malattia**

Ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

### **Malattia del cavo orale**

Ogni alterazione nel cavo orale evolutiva dello stato di salute non conseguente a infortunio. Si intende in garanzia esclusivamente la malattia di acuta insorgenza di cui l'Assicurato non era a conoscenza e che, comunque, non sia una manifestazione, seppure improvvisa, di un precedente morbo noto all'Assicurato.

### **Massimale**

La somma fino alla concorrenza della quale la Società presta la garanzia.

### **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 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).

### **Modulo di richiesta di presa in carico diretta**

Documento allegato al Fascicolo Informativo e predisposto dalla Compagnia, compilato dall'Assicurato per la richiesta di presa in carico diretta. Esso contiene le prestazioni odontoiatriche richieste e i dati dell'Assicurato e dev'essere inoltrato, firmato, alla Centrale Operativa.

### **Modulo di Rimborso**

Documento allegato al Fascicolo Informativo e predisposto dalla Compagnia, compilato dal medico odontoiatra che ha eseguito le cure che deve essere inviato alla Centrale Operativa in allegato alla documentazione per la richiesta di rimborso. Esso contiene le prestazioni odontoiatriche eseguite e i dati bancari per il rimborso ed è sottoscritto dall'Assicurato e timbrato e firmato dal medico odontoiatra.

**Network**

Rete nazionale convenzionata della Centrale Operativa, costituita da strutture odontoiatriche nonché da professionisti medici odontoiatri abilitati all'erogazione di prestazioni odontoiatriche.

**Piano di Trattamento**

Documento compilato dal medico odontoiatra appartenente ad un Centro Odontoiatrico convenzionato con il Network e sottoscritto dall'Assicurato contenente l'insieme di tutte le prestazioni dentarie di cui necessita l'Assicurato, per la valutazione della Diretta in Network.

**Premio**

La somma in denaro comprensiva di eventuali imposte che il Contraente e la Società hanno convenuto che venga corrisposta dall'Assicurato alla Società medesima in base al Contratto di Assicurazione di cui alla presente Polizza.

**Polizza**

Il documento che prova l'esistenza dell'assicurazione.

**Referti Clinici**

Documento redatto dal dentista del Network che ha eseguito le cure contenente le prestazioni odontoiatriche, sottoscritto dall'Assicurato e dal medico Odontoiatra che dovrà essere inviato alla Società di Servizi in allegato alla fattura.

**Scheda Anamnestica**

Documento allegato al Fascicolo Informativo e redatto dal dentista odontoiatra che riepiloga lo stato di salute della bocca dell'Assicurato che dovrà essere inviato alla Centrale Operativa alla prima richiesta/prima attivazione della polizza sia in forma diretta che in forma indiretta.

**Scoperto**

La percentuale del danno che rimane a carico dell'Assicurato.

**Sinistro**

Il verificarsi del fatto dannoso, per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

**Società/Compagnia**

BCC Assicurazioni S.p.A., Società del gruppo Cattolica Assicurazioni, iscritto all' Albo dei gruppi assicurativi al N. 019. Codice fiscale e numero di iscrizione al Registro delle Imprese di Milano 02652360237, numero di iscrizione al Repertorio Economico Amministrativo di Milano 1782224, iscritta all'Albo Imprese tenuto da IVASS al n. 1.00124. Sede Legale: Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano, Italia

## CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

### **ART. 1 – OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE**

Con il contratto di Assicurazione di cui alla presente Convenzione Collettiva la Società si obbliga, nei limiti ed alle condizioni stabiliti nei successivi articoli delle Condizioni di Assicurazione, a rimborsare le spese sanitarie odontoiatriche, effettivamente sostenute dall'Assicurato per le prestazioni di seguito riportate:

#### **a) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO e MALATTIA**

purchè la Malattia sia insorta, e l'Infortunio accaduto, successivamente alla Data di decorrenza della Polizza e che le cure odontoiatriche siano eseguite durante il periodo di validità della Polizza.

#### **b) PREVENZIONE DENTARIA**

prestazioni finalizzate a sostenere e promuovere l'igiene orale prevenendo la formazione di carie dentaria e di malattie periodontali, purchè vengano eseguite durante il periodo di validità della Polizza.

Per l'elenco di dettaglio delle Cure Dentarie e delle operazioni di Prevenzione prestate confrontare l'Allegato 1 ("PREVENZIONE DENTARIA, CURE DENTARIE") al presente contratto.

### **ART. 2 – ESTENSIONE DI GARANZIA (sempre operante)**

Per tutte le altre prestazioni odontoiatriche che non rientrano in copertura o per superamento dei Massimali è prevista, in ogni caso, la possibilità per l'Assicurato di usufruire, all'interno dello stesso Ciclo di cure previste dalle coperture assicurative e sempre presso il Network convenzionato, di tariffe agevolate predeterminate.

### **ART. 3 – PERSONE ASSICURABILI**

Le persone fisiche, residenti e/o domiciliate in Italia, che siano Clienti del Contraente e che abbiano sottoscritto la Dichiarazione di Adesione alla presente copertura assicurativa.

Sono assicurabili le persone fisiche di età compresa tra i 18 e i 74 anni, fermo restando che l'età massima a scadenza della copertura non potrà essere superiore ai 75 anni di età.

### **ART. 4 - PERSONE NON ASSICURABILI**

Non sono assicurabili le persone fisiche di età inferiore ai 18 anni e che al momento della sottoscrizione dell'Adesione abbiano già compiuto i 75 anni di età.

Non sono assicurabili, indipendentemente dalla concreta valutazione del pregresso o attuale stato di salute, le persone che siano affette da alcolismo, intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, sieropositività diagnosticata dal test H.I.V, sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS).

L'Assicurazione cessa al loro manifestarsi.

## **ART. 5 – ESCLUSIONI**

Sono esclusi dalla copertura assicurativa della presente Polizza:

- a) le prestazioni odontoiatriche non effettuate da medici regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
- b) le prestazioni odontoiatriche conseguenti a malattie, stati patologici, difetti fisici e anomalie congenite o comunque preesistenti, nonché tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati o resisi necessari prima della stipula della Polizza;
- c) cure e trattamenti effettuati successivamente alla data di scadenza, anche se l'Infortunio o la Malattia si sono verificati durante la validità della Polizza;
- d) le conseguenze di infortuni occorsi precedentemente alla Data di decorrenza della Polizza;
- e) tutti i trattamenti e le prestazioni odontoiatriche non compresi nell'elenco delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso.
- f) gli eventi derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove ed allenamenti) di qualsiasi sport e dalla pratica di sport estremi o pericolosi tra cui a titolo meramente esemplificativo e non esaustivo: speleologia, kitesurf, alpinismo con scalata di ghiaccio o roccia oltre il 3° grado della scala U.I.A.A, bob, parkour, rally, bungee jumping, base jumping, bike trial, free climbing, canoa fluviale, salto dal trampolino con sci ed idrosci, alpinismo, sci acrobatico, sci estremo, skeleton (slittino), bobsleigh (motoslitta), hockey, arti marziali, atletica pesante (lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi, etc.), sport equestri, rugby e football americano, rafting e canyoning;
- g) gli eventi subiti e conseguenti allo stato di ubriachezza o all'uso di sostanze stupefacenti;
- h) prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;
- i) estrazioni di denti decidui (da latte);
- j) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- k) conseguenze dirette od indirette di trasformazioni energetiche dell'atomo, naturali o provocate, e le accelerazioni di particelle atomiche (fissioni e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.), salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche indennizzabili ai sensi della presente copertura assicurativa;
- l) tutti i danni e le spese conseguenti, risultanti o collegati, anche indirettamente a: guerra, invasione, insurrezione, rivoluzione, ribellione, guerra civile, ostilità ed operazioni belliche (guerra dichiarata e non), potere militare o usurpazione di potere, terrorismo e tumulti civili, arruolamento volontario, richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- m) le conseguenze di atti violenti o aggressioni in cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- n) stati patologici correlati direttamente o indirettamente all'H.I.V. e a qualsiasi Malattia che abbia relazione con l'H.I.V.

## **ART. 6 - DECORRENZA E DURATA DELLA COPERTURA ASSICURATIVA**

La copertura assicurativa ha durata annuale senza tacito rinnovo.

Per ogni Assicurato l'operatività delle garanzie decorre dalle ore 24.00 del giorno indicato sulla Dichiarazione di Adesione e termina alla data indicata nel modulo stesso.

La copertura assicurativa cesserà automaticamente alla ricorrenza annuale immediatamente successiva al compimento del 75esimo anno di età dell'Assicurato.

#### **ART. 7 - CARENZA**

Si precisa che:

- per le Cure Dentarie a seguito di Infortunio non è previsto alcun periodo di Carenza;
- per le Cure Dentarie a seguito di Malattia viene stabilito un periodo di Carenza di 90 giorni a partire dalla data iniziale di copertura;
- per la visita e l'igiene dentale viene stabilito un periodo di Carenza di 90 giorni a partire dalla data iniziale di copertura.

#### **ART. 8 – CESSAZIONE E/O ANNULLAMENTO DELLE GARANZIE**

La sopravvenienza in corso di contratto di una delle affezioni qui di seguito indicate: alcolismo, intossicazione cronica alcolica, tossicodipendenza, immunodeficienza acquisita (HIV) costituisce causa di risoluzione del contratto al loro manifestarsi.

In questo caso la Società restituisce all'Assicurato la parte di Premio versata relativa al periodo di garanzia pagato e non goduto.

#### **ART. 9 – PREMIO COPERTURA ASSICURATIVA**

Per ciascun Assicurato il costo annuale della garanzia assicurativa, comprensivo di imposte è di € 270,00.

#### **ART. 10 - MEZZI DI PAGAMENTO DEL PREMIO**

Mezzi di pagamento a disposizione dell'Assicurato:

il premio assicurativo viene finanziato nel prestito personale sottoscritto dal cliente.

#### **ART. 11 – MASSIMALE e LIMITI DI INDENNIZZO**

Le prestazioni sono fornite nel rispetto del limite numerico di una o più volte per anno assicurativo e con vincoli tecnici così come esplicitato nell'Allegato - 1 (colonne LIMITI TEMPORALI DI UTILIZZO e VINCOLI TECNICI).

**Inoltre, qualora per un elemento dentale sia stata pagata una prestazione per trattamenti conservativi e/o endodontici, non sono erogabili per lo stesso elemento dentale nuove prestazioni per trattamenti conservativi e/o endodontici se non sono trascorsi almeno 18 mesi dalla precedente prestazione misurati dalla data di effettuazione della prima cura.**

Qualora il Piano di Trattamento preveda Cicli di cura con prestazioni odontoiatriche da effettuarsi anche oltre il periodo assicurativo in corso, le stesse non saranno coperte.

#### **ART. 12 - REGIME FISCALE**

I premi relativi alla presente Polizza sono soggetti alle seguenti % di imposta sulle assicurazioni : Infortuni e Malattia 2,5%.

#### **ART. 13 – OBBLIGHI DELLE PARTI**

**L'Intermediario collocatore si impegna a:**

- consegnare tutta la documentazione pre-contrattuale e contrattuale prevista dalla normativa vigente all'Assicurato, prima della sottoscrizione delle singole coperture assicurative;
- fornire copia del Modulo di Adesione;
- sottoporre a ciascun Assicurato, l'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, predisposta e resa disponibile dalla Compagnia, nonché a raccogliere e trattenere presso di sé il relativo consenso al trattamento dei dati personali.

#### **ART. 14 – DICHIARAZIONI RELATIVE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO**

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato/Aderente o del Contraente 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 o 1893 o 1894 c.c..

#### **ART. 15 – ALTRE ASSICURAZIONI**

Resta convenuto che la validità delle garanzie fornite dalla Società a favore degli Assicurati non è infirmata dalla contemporanea esistenza di altre assicurazioni con altre Società. La Società dispensa gli Assicurati dalle comunicazioni di cui all'art. 1910 C.C..

#### **ART. 16 – ESTENSIONE TERRITORIALE**

L'Assicurazione è valida su tutto il territorio italiano compresi la Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

#### **ART. 17 – RINVIO ALLE NORME DI LEGGE**

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

#### **ART. 18 – PRESCRIZIONE**

I diritti derivati dal presente contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di 2 anni dalla data in cui possono essere fatti valere.

#### **ART. 19 – MODIFICHE AL CONTRATTO DI ASSICURAZIONE**

Le eventuali modifiche del contratto di assicurazione devono essere provate per iscritto.

#### **ART. 20 – COMUNICAZIONI**

Qualsiasi comunicazione richiesta o consentita dal Contratto dovrà essere effettuata per iscritto, a mezzo fax o raccomandata, e dovrà essere indirizzata a:

**BCC Assicurazioni S.p.A.**  
**Largo Tazio Nuvolari, 1 – 20143 Milano,**  
**Mail: [infore@bccassicurazioni.bcc.it](mailto:infore@bccassicurazioni.bcc.it)**  
**Numero Verde: 800.471800**

Eventuali comunicazioni da parte della Società all'Aderente o Assicurato saranno indirizzate all'ultimo domicilio conosciuto dell'Assicurato o Aderente stesso.

## **ART. 21 – RECLAMI**

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto alla Società al seguente indirizzo:

### **BCC Assicurazioni S.p.A**

- Servizio Reclami c/o Società Cattolica Assicurazioni - Società Cooperativa -  
Servizio Reclami di Gruppo  
Lungadige Cangrande, 16 – 37126 Verona (Italia)  
Fax: 02.21072280  
E-mail: reclami@bccassicurazioni.bcc.it

indicando i seguenti dati: nome, cognome e indirizzo completo dell'esponente; numero di polizza e nominativo del Contraente; numero e data del sinistro a cui si fa riferimento; indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato. L'Impresa gestirà il reclamo dando risposta al reclamante entro 45 giorni dal ricevimento.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di 45 giorni, potrà rivolgersi all'IVASS – Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni – Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma tramite e-mail alla casella di posta elettronica certificata tutela.consumatore@pec.ivass.it, fax al numero 06/42133206 o posta ordinaria, utilizzando lo specifico modello disponibile sul sito dell'IVASS ([www.ivass.it](http://www.ivass.it) - sezione Per i Consumatori - Reclami - Guida ai reclami), corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa.

- Il reclamo all'Ivass deve contenere i seguenti elementi essenziali: nome, cognome e domicilio del reclamante con eventuale recapito telefonico; denominazione dell'impresa e dell'eventuale intermediario di cui si lamenta l'operato; breve ed esaustiva descrizione del motivo della lamentela e ogni documento utile a descrivere compiutamente il fatto e le relative circostanze.
- Per la risoluzione di liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'Ivass o direttamente al sistema estero competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET. Il sistema competente è individuabile accedendo al sito della Commissione Europea <http://www.ec.europa.eu/fin-net>  
Si ricorda che permane la facoltà di attivare la procedura di mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili di cui al D.lgs 4 marzo 2010 n.28 presentando specifica istanza ai sensi dell'art. 4 presso gli organismi di mediazione previsti dall' art. 16 del citato decreto.  
Si ricorda infine che permane la facoltà di ricorrere all'Autorità Giudiziaria.

## **ART. 22 - FORO COMPETENTE**

Per ogni controversia riguardante l'interpretazione, la validità, lo scioglimento e l'esecuzione del presente contratto, è competente l'autorità giudiziaria del luogo in cui l'Assicurato ha la residenza o ha eletto domicilio.

## **ART. 23 – ALLEGATI**

Gli allegati alla presente Polizza costituiscono, ad ogni effetto, parte integrante e necessaria della stessa.

## DENUNCIA E GESTIONE DEL SINISTRO

### ART. 24 - MODALITA' DI DENUNCIA, OBBLIGHI DELL'ASSICURATO E GESTIONE DEL SINISTRO

La Compagnia si avvale per la gestione dei sinistri della Società Mapfre Warranty, pertanto l'Assicurato potrà:

1. avvalersi di **medici odontoiatri o centri odontoiatrici convenzionati** usufruendo del pagamento diretto da parte della Società (assistenza Diretta);
2. avvalersi di **medici odontoiatri o centri odontoiatrici non convenzionati**, richiedendo successivamente il rimborso alla Società (assistenza Indiretta);
3. utilizzare il **Servizio Sanitario Nazionale/Ticket** (assistenza Indiretta).

Secondo quanto di seguito indicato:

#### *1. Utilizzo di medici odontoiatri o centri odontoiatrici convenzionati*

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici convenzionati, dovrà attivarsi preventivamente con la Centrale Operativa, la Società salderà direttamente le spese indennizzabili a termini di contratto, fatta eccezione per eventuali franchigie e/o scoperti e/o prestazioni non garantite dalla presente Convenzione che rimangono a carico dell'Assicurato, secondo l'Opzione Assicurativa.

#### *2. Utilizzo di medici odontoiatri o centri odontoiatrici non convenzionati*

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici non convenzionati, la Società non provvede al pagamento in forma Diretta ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto, applicando in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie e/o limiti massimi di rimborso per prestazione previsti in Polizza per il regime indiretto, secondo l'Opzione Assicurativa.

#### *3. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale*

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di medici odontoiatri presso il Servizio Sanitario Nazionale, la Società non provvede al pagamento in forma Diretta ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto, applicando in ogni caso eventuali scoperti e/o franchigie e/o limiti massimi di rimborso per prestazione previsti in Polizza per il regime indiretto, secondo l'Opzione Assicurativa.

La copertura assicurativa non è operante se:

- non vi è la regolarità amministrativa;
- le spese siano relative a cure da effettuarsi una volta terminato il periodo di efficacia della copertura assicurativa o se si siano rese necessarie prima della Data di decorrenza;
- alla prima attivazione non sia stato inviato alla Centrale Operativa la Scheda Anamnestica circa lo stato della cavo orale compilato dal medico odontoiatra in Allegato alla documentazione di spesa e al Modulo di Rimborso per le indirette e non sia stato fornito alla Centrale Operativa in Allegato al Piano di Trattamento dal medico odontoiatra convenzionato in caso di assistenza Diretta;
- per le cure odontoiatriche a seguito di Infortunio qualora lo stesso non sia oggettivamente documentato comprovato da idonea documentazione e da referto di Pronto Soccorso. Le cure preventivate dovranno essere congrue con le lesioni subite e documentate.

- l'Assicurato non invii alla Centrale Operativa quanto necessario per la valutazione del rimborso o per valutare la possibilità di fruire dell'assistenza Diretta.
- non sia stata trasmessa la documentazione medica come indicato dai vincoli tecnici inclusi nel piano sanitario.

Ad integrazione di quanto suindicato non verrà attivata l'assistenza Diretta se:

- l'Assicurato contatti la Centrale Operativa per i casi di non comprovata urgenza con un preavviso inferiore a 2 giorni lavorativi;
- il pagamento diretto non sia stato confermato dalla Centrale Operativa o le cure odontoiatriche siano state eseguite da un medico odontoiatra convenzionato diverso da quello autorizzato;
- le cure odontoiatriche effettuate e fatturate non sono quelle per le quali la Centrale Operativa ha inviato la presa in carico al medico odontoiatra convenzionato.

Nei casi suindicati, sarà possibile richiedere il rimborso come assistenza Indiretta, fermi i vincoli temporali e tecnici.

Per quanto non specificato si rimanda alle Condizioni Generali di Assicurazione e relative limitazioni ed esclusioni.

#### **ART. 24.1 - Modalità operative nel caso ci si avvalga di Medici o Centri Odontoiatrici convenzionati**

Al fine di ottenere la prestazione in assistenza Diretta l'Assicurato deve verificare con Mapfre Warranty quale sia il medico odontoiatra convenzionato più vicino contattando la Centrale Operativa ai seguenti numeri telefonici:

◆ dall'Italia : Numero Verde **800-90.48.26** (operativo anche per i cellulari)

◆ dall'estero : Prefisso internazionale **015-255.96.40** (operativo anche per i cellulari)

operativo dal lunedì al venerdì dalle ore 8,00 alle ore 18,00 e il sabato dalle ore 8,00 alle ore 12,00 e comunicando:

- nome e cognome dell'Assicurato che richiede la prestazione;
- numero di Polizza;
- tipo di richiesta;
- numero di telefono a cui essere richiamato.

L'Assicurato, dopo aver preso appuntamento con il medico odontoiatra convenzionato, da lui prescelto, deve comunicare a Mapfre Warranty, con un preavviso di almeno 2 (due) giorni lavorativi (salvo casi di comprovata urgenza) il nome del Medico e il giorno e l'ora dell'appuntamento mediante il Modulo di richiesta di presa in carico diretta, (Modulo 2).

L'Assicurato, dopo aver compilato il Modulo in ogni sua parte e averlo firmato in calce, deve inviarlo tramite fax al numero **015 - 2559505** o tramite posta elettronica all'indirizzo **sinistridental@mapfre.com**.

Al momento dell'accesso al Centro Odontoiatrico l'Assicurato sottoscrive il "Piano di Trattamento" che costituisce la denuncia del Sinistro che contiene il dettaglio delle cure odontoiatriche di cui necessita.

Il medico odontoiatra convenzionato, oltre a stilare il Piano di Trattamento con le cure odontoiatriche che devono essere eseguite, in occasione del primo Sinistro terminata la visita

procederà alla redazione di una Scheda Anamnestica (Modulo 1) relativa all'Assicurato contenente il quadro sanitario dentario in quel momento e provvederà a trasmetterla alla Centrale Operativa in Allegato al Piano di Trattamento.

Mapfre Warranty valuterà se le prestazioni odontoiatriche sono autorizzabili o meno prendendo visione sia del Piano di Trattamento che della Scheda Anamnestica inviati dal medico odontoiatra convenzionato. In assenza della Scheda Anamnestica la garanzia Cure odontoiatriche da Malattia non potrà essere attivata.

Mapfre Warranty, entro 48 ore (2 giorni lavorativi) dal ricevimento del "Piano di Trattamento" dal Centro Odontoiatrico, provvede a comunicare all'Assicurato e al Centro Odontoiatrico convenzionato l'esito della valutazione inviando a quest'ultimo la lettera di "presa in carico" con il dettaglio delle prestazioni autorizzate per le quali sarà prevista la forma Diretta.

Qualora non fosse possibile autorizzare l'Assistenza Diretta con la sola documentazione medica inoltrata, Mapfre Warranty potrà richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali al fine di valutare l'autorizzabilità delle prestazioni. In caso di esito negativo (non autorizzazione della Diretta) parziale o totale, l'Assicurato dovrà saldare le cure effettuate direttamente al Centro Odontoiatrico convenzionato quanto non autorizzato.

L'elenco aggiornato dei Dentisti appartenenti al Network è disponibile sul sito internet della Società:

[www.bccassicurazioni.com](http://www.bccassicurazioni.com)

oppure, contattando telefonicamente la Centrale Operativa, l'Assicurato potrà ottenere informazioni su tutti i Dentisti convenzionati in ragione della localizzazione territoriale richiesta.

La lettera di "presa in carico" è il documento che riporta gli impegni reciproci tra la Centrale Operativa e il medico odontoiatra convenzionato, con particolare riferimento alle Condizioni di Assicurazione e ai limiti di spesa, e andrà sottoscritta dall'Assicurato al momento dell'inizio delle cure unitamente alla dichiarazione con la quale si impegna a sostenere in proprio le eventuali spese non indennizzabili (prestazioni non contemplate dalla garanzia /o prestazioni non autorizzate) e il modulo per il consenso al trattamento dei dati personali.

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che Mapfre Warranty non ha alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzione fornite dai Centri Odontoiatrici con essa convenzionati pertanto, prendono atto che in qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente ai Centri Odontoiatrici che hanno prestato i servizi richiesti.

Il pagamento che la Società avrà effettuato ai Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici convenzionati, solleverà la Società stessa 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 Società abbia già corrisposto.

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato.

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 Compagnia sulla indennizzabilità del Sinistro a termini di Polizza al ricevimento della documentazione completa.

La Compagnia si riserva la facoltà di rifiutare l'ammissione al pagamento diretto, nonché di 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.

Qualora il Sinistro risultasse non indennizzabile o da controlli amministrativi successivi, che la Copertura Sanitaria non sia attiva per l'annualità in corso oppure, risultasse la mancanza della regolarità amministrativa della Polizza o della singola posizione, l'Assicurato dovrà saldare

personalmente alla Struttura Sanitaria le spese sostenute anche se precedentemente autorizzate in regime di Assistenza Diretta.

**ART. 24.2 - Modalità operative nel caso ci si avvalga di Medici o Centri Odontoiatrici non convenzionati o del Servizio Sanitario Nazionale (assistenza Indiretta).**

La Società effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto dovuto dietro presentazione, unitamente al modulo di richiesta di rimborso debitamente compilato e firmato dell'Assicurato (la sezione prestazioni deve essere compilata, timbrata e firmata dal Medico Odontoiatra) delle relative notule di spesa in originale, distinte o ricevute, debitamente quietanzate e valide ai fini fiscali dettagliate per costo e prestazione accompagnate dalla documentazione.

In occasione del primo Sinistro, il Medico Odontoiatra procederà alla redazione di una Scheda Anamnestica (Modulo 1) relativa all'Assicurato contenente il quadro sanitario dentario che dovrà essere inviata a Mapfre Warranty allegandola alla documentazione di spesa dettagliata per costi e prestazioni e al Modulo di Rimborso. In assenza della Scheda Anamnestica la garanzia cure odontoiatriche da Malattia non potrà essere attivata.

E' facoltà dell'Assicurato effettuare le prestazioni odontoiatriche presso le strutture pubbliche e/o accreditate con il Servizio Sanitario Nazionale, **per le quali l'indennizzo consiste nel rimborso al 100% del ticket, fermi i vincoli temporali e tecnici con il limite dell'importo previsto nell'Allegato 1 (colonna INDIRETTA SSN).**

Il rimborso per le prestazioni odontoiatriche sarà riconosciuto all'Assicurato in Forma Indiretta, fino al massimo tariffato per le singole prestazioni odontoiatriche effettuate fuori dalla rete convenzionata Mapfre Warranty (Allegato 1 - colonna INDIRETTA o SSN) fermi i vincoli temporali e tecnici come previsto nell'Allegato 1 su presentazione del Modulo di Rimborso Prestazioni Odontoiatriche (Modulo 3).

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario delle prestazioni: il rimborso avviene in ogni caso a favore del titolare di Polizza.

Le prestazioni devono essere effettuate Medici Odontoiatri regolarmente iscritti all'Albo.

La fattura emessa da Medico Odontoiatra, da Centro Odontoiatrico o Istituto di Cura, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che ha eseguito le cure odontoiatriche che dovrà risultare coerente con le cure effettuate e dovranno essere dettagliate per tipologia e costo.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi le notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi fermi i limiti indicati per le singole prestazioni nell'Opzione Assicurativa.

**Art. 24.3 – Denuncia sinistri per le richieste di rimborso (assistenza Indiretta)**

Qualora l'Assicurato non attivi l'assistenza Diretta optando per l'assistenza Indiretta come indicato ai punti 2 e 3 dell'Art. 24, la documentazione deve essere inoltrata inviando una pratica per ogni Assicurato e per ciclo di cura con:

- modulo di richiesta rimborso compilato e firmato in ogni sua parte; la sezione riferita alle cure dovrà essere compilata dal Medico Odontoiatra apponendo timbro e firma;
- le notule di spesa dettagliate per costo e prestazioni;
- in occasione del primo Sinistro la Scheda Anamnestica Odontoiatrica;
- ogni altra documentazione, fermi i vincoli temporali e tecnici o se richiesta dalla Centrale Operativa per la valutazione del rimborso.

Nelle modalità indicate di seguito:

- in forma cartacea unitamente al modulo di Richiesta Rimborso Spese Mediche debitamente compilato e firmato a;
  - **Mapfre Warranty S.p.A., Strada Trossi 66 – 13871 Verrone (BI),  
(indicando sulla busta “Ufficio Liquidazione Sinistri” )**

#### **Art. 24.4 – Prestazioni a tariffe agevolate**

Qualora, all'interno dello stesso Ciclo di cure previste dalle coperture assicurative, l'Assicurato necessitasse di prestazioni odontoiatriche non riconosciute dalla presente Polizza, o ancora in caso di superamento dei massimali previsti, l'Assicurato potrà usufruire delle tariffe agevolate offerte dal Network convenzionato.

#### **ART. 25 – ALTRI OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO**

L'Assicurato o i suoi familiari o aventi diritto devono consentire alla Compagnia le indagini, le valutazioni e gli accertamenti necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato o curato l'Assicurato stesso e gli enti presso i quali è stato curato, e fornire la documentazione medica aggiuntiva eventualmente richiesta.

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Centrale Operativa che gestisce in conto della Società i sinistri, oppure alla Società stessa, quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre il trentesimo giorno dal momento in cui il l'Assicurato ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento degli obblighi in caso di Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso di Medici Odontoiatri o Centri Odontoiatrici convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

Successivamente l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta a chiusura del Sinistro entro e non oltre 4 mesi (120 giorni) dalla data di scadenza della Polizza.

L'inadempimento di tale obbligo potrebbe comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del Sinistro in fotocopia, la Società si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture che della documentazione medica. Ai fini della valutazione del rimborso di tutte le prestazioni coperte dalla presente Polizza, erogate sia in assistenza Diretta che Indiretta, la Società si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica, esiti di esami strumentali o ogni altra documentazione utile alla corretta valutazione del Sinistro.

#### **ART. 26 – ESONERO DENUNCIA ALTRE ASSICURAZIONI**

L'Assicurato è esonerato dall'obbligo di dare comunicazione per iscritto alla Compagnia dell'esistenza o della successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. Nel caso di Sinistro, ai sensi dell'art. 1910, 3° comma, del Codice Civile, l'Assicurato sarà tenuto a comunicare alla Compagnia l'esistenza di qualsiasi altra copertura assicurativa stipulata in relazione al medesimo rischio.

#### **Art. 27 – COLLEGIO MEDICO**

In caso di controversie mediche sulla natura dell'evento o sulla misura dell'indennità da corrispondere all'Assicurato, nonché sui criteri di liquidazione contrattualmente stabiliti, le parti, in alternativa al ricorso all'Autorità Giudiziaria, potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un Collegio di tre medici,

nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente, al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il Collegio medico.

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, esclusa ogni solidarietà.

I risultati delle operazioni peritali del Collegio medico devono essere raccolti in apposito verbale da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

**Allegato 1  
PREVENZIONE DENTARIA  
CURE DENTARIE**

**Prevenzione Dentaria**

Titolo	Trattamento	Diretta	Indiretta SSN	Indiretta	Limiti temporali di utilizzo	Vincoli tecnici	Periodi di carenza
Igiene Orale	Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultr. oppure tramite curettaggio manuale superficiale	Gratuita per ogni Assicurato	€ 65,00	€ 52,00	1 ogni 12 mesi, in un'unica soluzione	Non previsti	90 giorni

**Cure Dentarie**

Titolo	Trattamento	Diretta	Indiretta SSN	Indiretta	Limiti temporali di utilizzo	Vincoli tecnici	Periodi di carenza
Anestesia	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	Gratuita per ogni Assicurato	€ 22,00	€ 17,60	Massimo una per ogni otturazione o estrazione effettuata	Se non già compresa nella prestazione e se necessaria per prestazioni garantite dalla polizza	90 giorni
Radiologia	Endorale per due elementi vicini		€ 22,00	€ 17,60	Massimo due ogni 12 mesi	Se necessaria per prestazioni garantite dalla polizza	
	Per ogni radiogramma endorale aggiuntivo		€ 17,00	€ 13,60		Se necessaria per prestazioni garantite dalla polizza	
Otturazione	Cavità di I e V Classe di Black		€ 40,00	€ 32,00	2 ogni 12 mesi	Non previsti	
	Cavità di II Classe Black due		€ 80,00	€ 64,00			
	Cavità di III Classe		€ 70,00	€ 56,00			
	Cavità di IV Classe		€ 85,00	€ 68,00			
	Cavità di II Classe Black tre		€ 85,00	€ 68,00			
Estrazioni	Estrazione semplice di dente		€ 30,00	€ 24,00	2 ogni 12 mesi		
Devitalizzazioni asportazioni del nervo (compresa anestesia)	Apertura camera pulpare+rimozione polpa e strum canale+otturazione		€ 80,00	€ 64,00	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX	
	Idem per due canali	€ 120,00	€ 96,00	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX		
	Idem per tre canali	€ 180,00	€ 144,00	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX		
Medicazioni canalari devitalizzazione	Medicazioni canalari e sedute per Apeficazione	€ 35,00	€ 28,00	Massimo una per tipologia di devitalizzazione ogni 12 mesi	Se necessaria per prestazioni garantite dalla polizza		