

Assicurazione Infortuni e Malattia per le Spese Odontoiatriche

CHUBB®

DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Compagnia: Chubb European Group SE, Sede legale: La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Francia - Capitale sociale € 896.176.662 i.v. - Rappresentanza generale per l'Italia: Via Fabio Filzi n. 29 - 20124 Milano - P.I. e C.F. 04124720964 - R.E.A. n. 1728396. Abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento con numero di iscrizione all'albo IVASS I.00156. L'attività in Italia è regolamentata dall'IVASS, con regimi normativi che potrebbero discostarsi da quelli francesi. Autorizzata con numero di registrazione 450 327 374 RCS Nanterre dall'Autorité de contrôle prudentiel et résolution (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09 RCS e soggetta alle norme del Codice delle Assicurazioni francese.

Prodotto: Progama Dental Plan

Questo documento fornisce una sintesi delle principali caratteristiche della polizza. Informazioni precontrattuali e contrattuali complete sul prodotto assicurativo sono contenute in polizza.

Che tipo di assicurazione è?

È una polizza a copertura totale dei costi relativi a trattamenti odontoiatrici di prevenzione e di emergenza odontoiatrica espressamente assicurati, purché effettuati da strutture convenzionate appartenenti al Network messo a disposizione dall'Assicuratore. Qualora, invece, l'Assicurato decida di avvalersi di strutture fuori Network, la polizza copre il rimborso delle spese da esso sostenute entro i massimali indicati in polizza.

È inoltre prevista la possibilità di usufruire di tariffe convenzionate presso strutture appartenenti al Network per prestazioni odontoiatriche non coperte dalla polizza.



Che cosa è assicurato?

- ✓ In caso di trattamenti eseguiti in Network, copertura totale dei costi per le seguenti prestazioni:
 - Prestazioni Odontoiatriche di Prevenzione: esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento); ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite manuale superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale e igiene orale; assorbimento di fluoro nello smalto (lucidatura);
 - Prestazioni Odontoiatriche di Emergenza: anestesia locale per elemento dentale (o porzione); radiografia per 1 o 2 denti congiunti o endorale per due elementi vicini; otturazione per carie semplice Cavità di I e V Classe Black; Otturazione per carie profonde Cavità di II Classe Black due pareti; ricostruzione coronale in amalgama più cuspidi; ricostruzione coronale in composito - colore dente; estrazione semplice di dente o radice; reinserimento di dente avulso; devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione monocanalare; devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione bicanalare; devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione tricanalare; medicazioni canalari e sedute per apacificazione; riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica
- ✓ In caso di trattamenti eseguiti fuori Network, il rimborso delle spese sostenute dall'Assicurato per le Prestazioni Odontoiatriche di Prevenzione e di Emergenza sopra indicate, entro il massimale di € 1.000 per anno assicurativo
- ✓ Accesso alle tariffe convenzionate per prestazioni odontoiatriche non coperte dalla polizza, indicate nel tariffario allegato al presente Set Informativo, purché eseguite in Network



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Le patologie preesistenti, tranne che per le Prestazioni di Emergenza
 - ✗ I trattamenti e/o i controlli per le seguenti specialità: chirurgia, radiologia, prostodonzia, periodonzia, ortopedia funzionale dei mascellari, endodonzia, odontopediatria e qualsiasi altra specialità non espressamente assicurata
 - ✗ Qualsiasi prestazione medica relativa a denti mancanti alla data di adesione
 - ✗ Cure e trattamenti iniziati precedentemente alla stipulazione della polizza o successivamente alla scadenza della stessa
 - ✗ Emergenze chirurgiche maggiori dovute a traumi gravi che includono fratture mascellari o facciali e la perdita di sostanza calcificata e di denti
 - ✗ Interventi che richiedano anestesia generale o sedazione totale
 - ✗ Difetti fisici
 - ✗ Malattie o trattamenti per distonia maxillo-facciale
- Il presente elenco ha fine esemplificativo e non esaustivo. Per l'elenco completo delle esclusioni si rimanda alle condizioni di assicurazione.



Ci sono limiti di copertura?

- ! Sono assicurabili le persone fisiche di età non superiore ai 70 anni compiuti
- ! Le Prestazioni Odontoiatriche Coperte sono garantite purché siano state preventivamente autorizzate dal Servizio Clienti, siano state giudicate necessarie da un dentista, vengano

effettuate in una struttura autorizzata all'erogazione delle prestazioni sanitarie-odontoiatriche in base alle vigenti disposizioni di legge

Il presente elenco ha fine esemplificativo e non esaustivo. Per l'elenco completo dei limiti di copertura si rimanda alle condizioni di assicurazione.



Dove vale la copertura?

- ✓ Mondo intero: per le prestazioni a rimborso
- ✓ Italia: per le prestazioni presso il Network



Che obblighi ho?

- Prima della stipula della polizza, dichiarare tutte le circostanze che possono influire sulla corretta valutazione del rischio da parte dell'Assicuratore
- Qualora le coordinate per l'addebito del premio di assicurazione dovessero variare, comunicare all'Assicuratore la predetta variazione per il corretto addebito del premio di assicurazione
- Per richiedere qualsiasi tipo di intervento o prestazione coperti dalla polizza, contattare preventivamente il Servizio Clienti attivo 24 h su 24 e 7 giorni su 7, al Numero Verde 00800 3636 4040 (dall'estero 0041 9169 75401), al fine di ottenere la necessaria autorizzazione, fornendo all'operatore nome e cognome, numero del Certificato Personale di Assicurazione (o nome della polizza), tipo di richiesta, indirizzo o recapito anche se temporaneo, numero di telefono a cui essere rintracciato
- Per i trattamenti eseguiti fuori Network indicare all'operatore del Servizio Clienti il nominativo e il recapito telefonico del dentista che eseguirà l'intervento autorizzando il Servizio Clienti a contattare eventualmente il dentista. Inoltre, fornire a proprie spese tutte le informazioni mediche, i certificati, le prescrizioni e la documentazione necessaria per la valutazione del sinistro eventualmente richiesta dall'Assicuratore; nonché trasmettere all'Assicuratore copia originale delle fatture, distinte o ricevute debitamente quietanzate con il dettaglio delle singole prestazioni eseguite
- Per ottenere l'accesso alle tariffe convenzionate, richiedere preventivamente l'autorizzazione all'Assicuratore contattando il Servizio Clienti



Quando e come devo pagare?

Il premio deve essere pagato mediante addebito diretto su un conto corrente bancario intestato al Contraente oppure mediante addebito automatico su una carta di credito, comunque intestata al Contraente.

Il premio deve essere pagato in base alla frequenza stabilita in fase di adesione alla polizza (mensile, trimestrale, semestrale o annuale), senza oneri aggiuntivi.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno in cui l'Assicuratore raccoglie la volontà del Contraente di aderire al contratto. A partire da tale momento, l'Assicuratore garantisce all'Assicurato le prestazioni oggetto del contratto.

La polizza, emessa con durata a tempo indeterminato, è valida per periodi di assicurazione ricorrenti, definiti in base alla frequenza di pagamento del premio scelta, a partire dalla Data di Effetto del contratto.

La copertura assicurativa cessa automaticamente, in relazione a ogni Assicurato, alla ricorrenza annuale immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età.



Come posso disdire la polizza?

Il Contraente ha facoltà di esercitare il diritto di recesso entro 30 giorni dalla Data di Effetto del contratto, tramite raccomandata A/R oppure telefonicamente al Numero Verde dedicato indicato in polizza autorizzando l'operatore a registrare la richiesta. La polizza sarà in tal caso automaticamente annullata dalla Data di Effetto del contratto.

Il Contraente potrà dare disdetta in qualsiasi momento, a mezzo raccomandata A/R o PEC indirizzata all'Assicuratore, oppure telefonicamente al Numero Verde dedicato indicato in polizza, restando inteso che la polizza rimarrà in vigore per il periodo assicurativo per il quale è stato corrisposto il premio di assicurazione.

Assicurazione Infortuni e Malattia **CHUBB** per le Spese Odontoiatriche

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

Impresa: Chubb European Group SE

Prodotto: Programma Dental Plan

DIP Aggiuntivo realizzato in data: novembre 2019. Il presente documento 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.

Chubb European Group SE, con sede legale in La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Francia - Capitale sociale € 896.176.662 i.v. - Rappresentanza generale per l'Italia: Via Fabio Filzi n. 29 - 20124 Milano - Tel. 02 27095.1 - Fax 02 27095.333 - italy@pec.chubb.com - P.I. e C.F. 04124720964 - R.E.A. n. 1728396. Abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento con numero di iscrizione all'albo IVASS I.00156. L'attività in Italia è regolamentata dall'IVASS, con regimi normativi che potrebbero discostarsi da quelli francesi. Autorizzata con numero di registrazione 450 327 374 RCS Nanterre dall'Autorité de contrôle prudentiel et résolution (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09 RCS e soggetta alle norme del Codice delle Assicurazioni francese. info.italy@chubb.com - www.chubb.com/it

I dati di seguito riportati si riferiscono all'ultimo bilancio approvato di Chubb European Group SE. Il patrimonio netto di Chubb European Group SE al 31 Dicembre 2018 è pari a £ 2.194.887.680 (€ 2.453.675.912) e comprende il capitale sociale pari a £ 786.119.879 (€ 878.807.343) e le riserve patrimoniali pari a £ 1.408.767.801 (€ 1.574.868.569). Il valore dell'indice di solvibilità di Chubb European Group SE è pari al 134%, in considerazione di un requisito patrimoniale di solvibilità pari a £ 1.637.382.926 (€ 1.830.438.560) e di fondi propri ammissibili alla loro copertura pari a £ 2.193.459.412 (€ 2.452.079.244). Il requisito patrimoniale minimo è pari a £ 494.096.720 (€ 552.353.194). Gli importi in Euro riferiti alle poste di bilancio sopra riportate sono calcolati secondo il cambio corrente della Banca d'Italia alla data del 31 Dicembre 2018 (GBP 1 = € 1,117905). Si rinvia, per maggiori dettagli, alla Relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria dell'impresa, disponibile sul sito <https://www.chubb.com/uk-en/about-us/europe-financial-information.aspx>.

Al contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

Qualora per usufruire delle prestazioni coperte dalla polizza l'Assicurato decida di avvalersi di strutture fuori Network, l'Impresa rimborsa le spese da esso sostenute nei limiti dei seguenti importi, entro il massimale di € 1.000 per anno assicurativo:

Codice	Trattamento	RIMBORSO
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 e igiene orale	€ 41,25
SD11	Assorbimento di fluoro nello smalto (lucidatura): applicazioni topiche oligoelementi	€ 15,00
SD01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	€ 16,50
SD02	Radiografia per 1 o 2 denti congiunti o Endorale per due elementi vicini	€ 16,50
SD12	Otturazione per carie semplice Cavità di I e V Classe 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
SD37	Reinserimento di dente avulso	€ 60,00

SD54	Devitalizzazione – asportazione del nervo e otturazione monocanalare	€ 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 apecificazione	€ 35,00
SD94	Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali, realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica	€ 30,00

La polizza comprende tra gli Infortuni al Cavo Orale, anche quelli:

- ✓ derivanti da guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni a carattere generale, ma solo per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, e purché l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi citati mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale Paese
- ✓ in conseguenza di movimenti tellurici
- ✓ subiti durante viaggi effettuati come passeggero su velivoli in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da Società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile. Sono inoltre inclusi gli Infortuni subiti in qualità di passeggero a bordo di elicotteri messi a disposizione dalle Autorità preposte per effettuare interventi di soccorso tecnico urgente
- ✓ subiti in conseguenza di forzato dirottamento dell'aereo sul quale viaggia l'Assicurato, compreso l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato è stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo
- ✓ derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare e relative prove o allenamenti aventi carattere ricreativo e non professionale e ciò limitatamente agli sport di pratica comune e non menzionati nella Sezione "Che cosa non è assicurato?"



Che cosa non è assicurato?

Rischi esclusi

- ✗ I trattamenti ortodontici anche se associati alla chirurgia ortognatica, sia che precedano o che seguano l'intervento chirurgico
- ✗ I trattamenti delle neoplasie maligne alla bocca

Sono inoltre escluse le conseguenze di:

- ✗ Autolesioni della dentatura e/o dentiera parziale o totale fissa o rimovibile
- ✗ Dolo o colpa grave dell'Assicurato
- ✗ Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o conseguenza di proprie azioni delittuose
- ✗ Alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni
- ✗ Malattie, stati patologici, difetti fisici e anomalie congenite preesistenti alla stipulazione della polizza
- ✗ Radioterapia o chemioterapia
- ✗ Cura o trattamento medico odontoiatrico che non corrisponde alla definizione di emergenza o prevenzione odontoiatrica a termini di polizza

Sono infine esclusi gli eventi:

- ✗ Diretti e indiretti derivanti dalla mancata osservanza delle prescrizioni mediche e indicazioni terapeutiche
- ✗ Derivanti dalla pratica delle seguenti attività: speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, kitesurf, alpinismo con scalata di ghiaccio o scalata di roccia oltre il 3° grado della scala U.I.A.A, sci estremo, sci d'alpinismo, sci acrobatico, free climbing, bob, skeleton (slittino), bobsleigh (motoslitta), parkour, rally, bungee jumping, base jumping, salto dal trampolino con sci ed idrosci, hockey, arti marziali, atletica pesante (lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi), rugby e football americano, canoa fluviale, rafting e canyoning (torrentismo), utilizzo di mountain bike per partecipazione a gare o competizioni nonché durante la fruizione di aree specificatamente dedicate alle attività in mountain bike quali, a titolo esemplificativo, i bike park
- ✗ Derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove e allenamenti) di qualsiasi sport
- ✗ Derivanti da sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore
- ✗ Derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente, o che comporti remunerazione su

	<p>base contrattuale sia diretta sia indiretta</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ Derivanti dall'uso e guida di mezzi di locomozione subacquei ✗ Derivanti dalla pratica di voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso, salvo quanto indicato nella Sezione "Che cosa è assicurato?" ✗ Derivanti dalla pratica di voli effettuati come pilota o membro dell'equipaggio su qualsiasi velivolo ✗ Derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, salvo quanto indicato nella Sezione "Che cosa è assicurato?" ✗ Subiti durante il periodo di arruolamento volontario in qualsiasi parte del mondo, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale ✗ Derivanti o comunque collegati all'utilizzo da parte dell'Assicurato di arma da fuoco e/o da sparo ✗ Derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.)
--	---



Ci sono limiti di copertura?

- ! L'Impresa non sarà tenuta a garantire la copertura assicurativa né sarà obbligata a pagare alcun indennizzo o a riconoscere alcun beneficio qualora la prestazione di tale copertura, il pagamento di tale indennizzo o il riconoscimento di tale beneficio la esponga a sanzioni, divieti o restrizioni previsti da risoluzioni delle Nazioni Unite o a sanzioni commerciali, economiche o provvedimenti revocatori determinati da leggi o regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli USA
- ! Non sono assicurabili determinate persone fisiche, persone giuridiche e determinati tipi di attività connesse ai seguenti Paesi e territori: Iran, Siria, Corea del Nord, Sudan del Nord, Cuba e Crimea
- ! Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o sindromi a questa collegate



Che obbligo ho? Quali obblighi ha l'Impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di sinistro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Per richiedere qualsiasi tipo di intervento o prestazione coperti dalla polizza, contattare preventivamente il Servizio Clienti, attivo 24 h su 24 e 7 giorni su 7, al Numero Verde 00800 3636 4040 (dall'estero 0041 9169 75401) - L'elenco completo dei documenti da fornire all'Impresa è contenuto nelle Condizioni di Assicurazione in relazione a ogni specifica garanzia
	<p>Assistenza diretta/in convenzione: Per l'erogazione delle Prestazioni Odontoiatriche Assicurate in Network, l'Impresa si avvale di una rete convenzionata di strutture odontoiatriche e di professionisti medici che esercitano nell'ambito di questa l'erogazione delle predette prestazioni.</p>
	<p>Gestione da parte di altre imprese: Per la gestione dei sinistri l'Impresa si avvale di Sigma Dental Europe SA, quale soggetto autorizzato in conformità alle norme di legge.</p>
	<p>Prescrizione: I diritti dell'Assicurato derivanti dal contratto si prescrivono entro il termine di 2 anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto in conformità all'art. 2952 Codice Civile.</p>
Dichiarazione inesatte o reticenti	Dichiarazioni inesatte o reticenti dell'Assicurato possono comportare sia il mancato risarcimento del danno o un risarcimento ridotto, sia il recesso o l'annullamento del contratto secondo quanto previsto dagli artt. 1892, 1893 e 1894 c.c.
Obblighi dell'Impresa	<ul style="list-style-type: none"> - La polizza non prevede un termine entro il quale l'Impresa si impegna a pagare l'indennizzo all'Assicurato - Il Contraente ha il diritto di essere messo in contatto con il responsabile del coordinamento e del controllo delle attività di collocamento di contratti di assicurazione a distanza, direttamente o indirettamente incaricato dall'Impresa - In caso di adesione alla polizza per il tramite di operatori telefonici, essi informano il Contraente in merito al suo diritto di scegliere e modificare in qualsiasi momento, con eventuali oneri connessi alla stampa, la modalità di ricezione e trasmissione dei documenti precontrattuali e contrattuali, purché su supporto durevole e fermo il diritto del Contraente di richiedere la trasmissione di tali documenti su supporto cartaceo



Quando e come devo pagare?

Premio	<ul style="list-style-type: none"> - Il premio è comprensivo di imposta ai sensi di legge - Non sono previsti meccanismi di adeguamento automatico del premio e delle somme assicurate - Il Contraente può assicurare sé stesso e/o altra persona purché di età compresa entro i 70 anni di età
---------------	--

	<p>al momento dell'inserimento in copertura</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il premio è determinato in base alle persone assicurate come di seguito indicato: <table border="1"> <thead> <tr> <th style="background-color: #92d050;">Persone Assicurate</th> <th style="background-color: #92d050;">Unità di Premio</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> Contraente e/o Coniuge e/o Ciascun Figlio e/o Ciascun altro Assicurato non rientrante nella definizione di Coniuge o Figlio </td> <td style="text-align: center;"> € 19,50 per ogni persona assicurata </td> </tr> </tbody> </table>	Persone Assicurate	Unità di Premio	Contraente e/o Coniuge e/o Ciascun Figlio e/o Ciascun altro Assicurato non rientrante nella definizione di Coniuge o Figlio	€ 19,50 per ogni persona assicurata
Persone Assicurate	Unità di Premio				
Contraente e/o Coniuge e/o Ciascun Figlio e/o Ciascun altro Assicurato non rientrante nella definizione di Coniuge o Figlio	€ 19,50 per ogni persona assicurata				
Rimborso	<ul style="list-style-type: none"> - In caso di recesso sarà restituito il premio di polizza già pagato, senza l'applicazione di alcuna penale 				



Quando comincia la copertura e quando finisce?

Durata	<ul style="list-style-type: none"> - Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni - In relazione alle sole Prestazioni Odontoiatriche di Prevenzione, il contratto prevede l'applicazione di una carenza iniziale di 90 giorni a partire dalla data di Conclusione del Contratto, per ciascun Assicurato, indicata sul Certificato Personale di Assicurazione o sull'appendice, se inserito in un secondo momento
Sospensione	La polizza non prevede la possibilità di sospendere le garanzie.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Risoluzione	La polizza non prevede casi, oltre il diritto di recesso entro 30 gg dalla stipula e la disdetta del contratto, in cui il Contraente o l'Assicurato possano risolvere il contratto.



A chi è rivolto questo prodotto?

Persone fisiche maggiorenni di età inferiore ai 70 anni compiuti.



Quali costi devo sostenere?

- **Costi di intermediazione**
Il presente prodotto, essendo distribuito direttamente dall'Impresa, non comporta costi di intermediazione.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'Impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto via posta, fax o e-mail, all'Impresa, ai seguenti indirizzi:</p> <p>Chubb European Group SE - Ufficio Reclami - Via Fabio Filzi, 29 – 20124 Milano Fax: 02.27095.430 Email: ufficio.reclami@chubb.com</p> <p>L'Impresa fornirà riscontro al reclamo nel termine massimo di 45 giorni dalla ricezione dello stesso.</p>
All'IVASS	<p>Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo sopra indicato, potrà rivolgersi all'IVASS - Servizio Tutela degli Utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dall'Impresa.</p> <p>Il modello per presentare un reclamo all'IVASS è reperibile sul sito www.ivass.it, alla sezione "Per il Consumatore - Come presentare un reclamo" o al seguente link: https://www.ivass.it/consumatori/reclami/Allegato2_Guida_ai_reclami.pdf.</p> <p>In relazione alle controversie inerenti la quantificazione dei danni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.</p> <p>Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamante con domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente per l'attivazione della procedura FIN-NET, mediante accesso al sito internet all'indirizzo: https://ec.europa.eu/info/fin-net_en.</p>

PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:

Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito https://mediazione.giustizia.it/ROM/ALBOORGANISMIMEDIAZIONE.ASPX (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze del Sinistro le Parti si impegnano, con scrittura privata tra le Parti, a conferire mandato ad un Collegio di tre medici di decidere a norma e nei limiti delle Condizioni di assicurazione. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

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

Programma Dental Plan

Contratto di Assicurazione Infortuni e Malattia per le Spese Odontoiatriche

Redatto secondo le linee guida del Tavolo Tecnico tra ANIA-ASSOCIAZIONI CONSUMATORI-
ASSOCIAZIONI INTERMEDIARI per contratti semplici e chiari di cui alla Lettera al Mercato IVASS
del 14/03/2018

Modello CDA SOSDEN 1119

CHUBB®

I Nostri Contatti

Per **parlare con il Servizio Clienti**, può chiamare il numero verde unico, gratuito dall'Italia:



dall'estero 0041 9169 75401 (al costo previsto dal piano tariffario dell'operatore telefonico utilizzato)

attivo nei seguenti orari:

- **Per richiedere tramite la Centrale Operativa qualsiasi tipo di intervento o prestazione coperti dalla presente assicurazione:**
24 ore su 24, 7 giorni su 7
- **Per ottenere informazioni sulla Polizza per comunicare variazioni anagrafiche, per includere o escludere altri assicurati:**
dal lunedì al venerdì (dalle 8 alle 19) - esclusi i giorni festivi

Può SCRIVERCI o inviare il Certificato di Personale di Assicurazione firmato alternativamente a:

via posta: Chubb European Group SE, Via Fabio Filzi, 29 - 2 Milano- 20124

via fax: +39-02 27095581

via email: servizioclienti.chubb@chubb.com

I contenuti di questo documento sono aggiornati ai sensi di legge e, comunque, con cadenza di almeno 12 mesi. La versione aggiornata del documento è pubblicata sul sito internet dell'Assicuratore.

INDICE

PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO

L'Assicuratore	pag. 3
Il Prodotto	pag. 3

SEZIONE 1: DEFINIZIONI DI POLIZZA**SEZIONE 2: NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE**

Articolo 1 - Valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente e conseguenze per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente	pag. 8
Articolo 2 - Determinazione del Premio di Assicurazione	pag. 8
Articolo 3 - Pagamento del Premio di Assicurazione	pag. 8
Articolo 4 - Inizio della copertura assicurativa. Facoltà di revoca dell'Adesione del Contraente e Diritto di Recesso	pag. 9
Articolo 5 - Durata del Contratto. Modalità di Disdetta	pag. 9
Articolo 6 - Altre Assicurazioni	pag. 9
Articolo 7 - Rinuncia al diritto di rivalsa	pag. 9
Articolo 8 - Foro competente	pag. 10
Articolo 9 - Oneri fiscali	pag. 10
Articolo 10 - Interpretazione del Contratto e rinvio alle norme di Legge	pag. 10

SEZIONE 3: OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE

Articolo 11 - Oggetto dell'Assicurazione	pag. 10
Articolo 12 - Persone assicurabili	pag. 10
Articolo 13 - Accesso alle prestazioni	pag. 11
Articolo 14 - Elenco delle Prestazioni	pag. 11
Articolo 14.1) - Prestazioni Odontoiatriche di Prevenzione	pag. 11
Articolo 14.2) - Prestazioni Odontoiatriche di Emergenza	pag. 11
Articolo 14.3) - Prestazioni Odontoiatriche fuori Network	pag. 12
Articolo 14.4) - Accesso alle tariffe convenzionate	pag. 12
Articolo 15 - Infortuni coperti dalla Polizza	pag. 12

SEZIONE 4: DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI

Articolo 16 - Limiti di intervento	pag. 13
Articolo 17 - Requisiti per l'operatività delle prestazioni	pag. 13
Articolo 18 - Patologie preesistenti	pag. 13
Articolo 19 - Periodo di Carenza	pag. 13
Articolo 20 - Persone non assicurabili e limiti di età	pag. 13
Articolo 21 - Aggravamento del Rischio	pag. 14
Articolo 22 - Esclusioni	pag. 14

SEZIONE 5: DENUNCIA DI SINISTRO

Articolo 23 - Adempimenti in caso di Sinistro	pag. 15
Articolo 23.1) - Richiesta di Prestazione Odontoiatrica	pag. 15
Articolo 23.2) - Dati necessari per accedere al Servizio Clienti	pag. 16
Articolo 24 - Gestione dei Sinistri. Controversie in caso di Sinistro	pag. 16

PRESENTAZIONE DEL PRODOTTO

L'Assicuratore

Chubb è la più grande compagnia assicurativa danni al mondo per capitalizzazione quotata in borsa. Opera in 54 Paesi e offre, a livello globale, soluzioni assicurative a imprese di ogni dimensione, a professionisti e famiglie. Opera nel Property & Casualty (P&C) e nell'Accident & Health (A&H), con prodotti sia personalizzati sia standardizzati, attraverso una pluralità di canali. L'elevata capacità sottoscrittiva e l'attenzione al servizio ci sono riconosciuti dal mercato, soprattutto riguardo l'equità e la tempestività con cui gestiamo i sinistri. Grazie al nostro lavoro accurato, alla passione che ci mettiamo e a decenni di esperienza, realizziamo e forniamo le migliori coperture assicurative a individui e famiglie, nonché alle imprese di ogni dimensione. Disponiamo di una gamma di prodotti ampia, anche specialistici e innovativi in quanto centrati sui rischi emergenti. Abbiamo una visione globale del business e un'attenzione alle singole specificità locali in ciascuno dei territori in cui operiamo. Serviamo clienti individuali e famiglie, con una specializzazione nel segmento "private" dove elevate sono le esigenze di protezione del patrimonio. Allo stesso modo serviamo imprese di ogni dimensione, anche multinazionali dove, in forza del nostro network che ci consente di operare in circa 200 Paesi, siamo in grado di soddisfare le esigenze più complesse e sofisticate. Siamo infine tra gli attori protagonisti nel realizzare programmi affinity, dove è interesse del partner predisporre e offrire servizi assicurativi distintivi e specifici. Le principali società assicurative del Gruppo Chubb si caratterizzano per una forte solidità finanziaria, con un rating AA da Standard & Poor's e A++ da A.M. Best. Chubb Limited, l'Assicuratore capogruppo di Chubb, è quotata alla borsa valori di New York (NYSE: CB) e fa parte dell'indice S&P 500. Chubb Limited ha sede legale a Zurigo, mentre le società del Gruppo hanno centinaia di uffici nel mondo e impiegano circa 31.000 persone.

Il Prodotto

Il Programma Dental Plan è costituito dalla polizza assicurativa per le cure dentarie che mette a disposizione un Network capillare di studi dentistici, presenti su tutto il territorio nazionale, dove usufruire di prestazioni odontoiatriche gratuite sia di Prevenzione che di Emergenza, assicurando un notevole risparmio in termini di costi.

Valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente

L'Assicuratore, nel rispetto delle norme vigenti, dal momento del primo contatto commerciale e prima dell'adesione ha acquisito dal Contraente ogni informazione utile a identificare le sue richieste ed esigenze per valutare l'adeguatezza del contratto offerto e ha fornito le informazioni oggettive sul prodotto assicurativo in una forma comprensibile, al fine di consentirgli di prendere una decisione informata, verificando che il contratto proposto sia essere coerente con le richieste e le esigenze assicurative del Contraente. L'Assicuratore, ha raccolto la dichiarazione del Contraente di:

- a. non possedere coperture analoghe a quelle previste dal presente Contratto di Assicurazione o comunque di essere interessato ad incrementare il proprio livello di protezione;
- b. non avere interesse ad una copertura in riferimento alla pratica di sport pericolosi, quali a titolo di esempio: paracadutismo, speleologia, immersione con autorespiratore, alpinismo con scalata di rocce, pugilato, sport aerei in genere, ecc., fatto che comporterebbe l'esclusione dalla copertura degli eventi derivanti dalla pratica di quanto indicato;
- c. non avere interesse ad una copertura in riferimento ad infortuni derivanti o comunque collegati all'utilizzo di armi da fuoco e/o da sparo.

L'Assicuratore ha effettuato una verifica del profilo del Contraente, ai fini della corretta stipula del prodotto idoneo alle esigenze del cliente.

SEZIONE 1: DEFINIZIONI DI POLIZZA

I termini di seguito elencati, riportati nella presente polizza in maiuscolo, assumono il seguente significato:

A

Adesione: l'adesione del Contraente al contratto di assicurazione.

Aggravamento del Rischio: qualunque mutamento successivo alla stipula del contratto di assicurazione, in questo tipo di polizza con particolare riferimento allo stato di salute dell'Assicurato, che comporti maggiori probabilità che si verifichi l'evento assicurato o maggiori potenziali danni conseguenti al suo verificarsi.

Assicurato: la persona fisica il cui interesse è coperto dall'assicurazione. Tale persona può anche non coincidere con chi paga il premio (il Contraente) ed essere da quest'ultimo indicata.

Assicuratore: Chubb European Group SE, Rappresentanza Generale per l'Italia.

Assicurazione Infortuni: l'assicurazione con la quale l'Assicuratore s'impegna a garantire all'Assicurato un indennizzo, oppure il rimborso delle spese sostenute, in conseguenza a un infortunio del Cavo Orale

Assicurazione Malattia: l'assicurazione con la quale l'Assicuratore s'impegna a garantire all'Assicurato un indennizzo o il rimborso delle spese sostenute, conseguenti ad una malattia del Cavo Orale.

C

Carenza: il periodo che intercorre tra il momento della stipulazione di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia offerta dall'assicuratore diviene concretamente efficace.

Cavo Orale: la bocca, comprese le labbra, la mucosa buccale, i denti, le gengive, i due-terzi anteriori della lingua, il pavimento orale sub-linguale, 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: l'organizzazione di Sigma Dental Europe SA c/o Log & Ships, Via Gioberti 15, 21100 Varese, in funzione 24 ore su 24, tutti i giorni dell'anno, che provvede a garantire il contatto telefonico con l'Assicurato ed erogare le prestazioni previste dal presente contratto di assicurazione.

Certificato Personale di Assicurazione: il documento emesso dall'Assicuratore ed intestato al Contraente, che prova la copertura assicurativa e che è da considerarsi parte integrante della polizza.

Commissioni/Costi di Intermediazione: il compenso che l'Assicuratore corrisponde all'Intermediario, qualora previsto, per l'attività di intermediazione assicurativa svolta. Esso è normalmente definito in una percentuale del premio, al netto delle imposte, corrisposto dal Contraente.

Condizioni di Assicurazione: le clausole di base previste dalla presente polizza, riguardanti gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto, eventualmente integrate per aspetti particolari da ulteriori clausole specifiche.

Conclusione del Contratto: il momento in cui l'assicuratore ha raccolto la volontà del Contraente di aderire al presente Contratto di assicurazione.

Coniuge: il coniuge del Contraente, per matrimonio o unione civile, o il convivente more uxorio.

Consumatore: qualsiasi persona fisica, residente nel territorio dell'Unione Europea, che agisca per fini che non rientrano nella sua attività imprenditoriale o professionale.

Contraente: la persona fisica maggiorenne e residente in Italia alla quale è intestato il Certificato Personale di Assicurazione e che stipula il contratto di assicurazione obbligandosi a pagare il premio. Può anche non coincidere con la persona che è indicata come Assicurato.

Contratto (di Assicurazione): il contratto di assicurazione stipulato dal Contraente e con il quale si trasferisce da un soggetto (l'Assicurato) a un altro soggetto (l'Assicuratore) un rischio al quale lo stesso è esposto.

D

Danno: il pregiudizio subito dall'Assicurato in conseguenza di un sinistro.

Dati Personali: le informazioni che identificano o rendono identificabile, direttamente o indirettamente, una persona fisica e che possono fornire informazioni sulle sue caratteristiche, le sue abitudini, il suo stile di vita, le sue relazioni personali, il suo stato di salute, la sua situazione economica.

Denuncia di Sinistro: la comunicazione che l'Assicurato deve dare all'Assicuratore a seguito di un sinistro.

Dichiarazioni Precontrattuali: le informazioni relative al rischio fornite dal Contraente prima della stipula del contratto di assicurazione, sulla base delle quali l'Assicuratore effettua la valutazione del rischio e stabilisce le condizioni per la sua assicurazione.

Diminuzione del Rischio: qualunque mutamento successivo alla stipula del contratto di assicurazione che comporti una riduzione della probabilità che si verifichi l'evento assicurato, oppure una riduzione del danno conseguente al suo verificarsi.

Diritto di Recesso: il diritto del Contraente di recedere dal contratto di assicurazione e farne cessare gli effetti, esercitabile entro 30 giorni dalla Conclusione del Contratto.

Disdetta: la comunicazione che il Contraente o l'Assicuratore deve inviare all'altra parte, entro i termini previsti dal contratto, per manifestare la propria volontà di interrompere il contratto di assicurazione.

Durata del Contratto: il periodo di tempo per il quale l'assicurazione è efficace, a condizione che sia stato pagato il premio corrispondente.

E

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, ascessi, carie, pulpiti, infiammazioni o emorragie.

Esclusioni: rischi esclusi o limitazioni relative alla copertura assicurativa prestata dall'Assicuratore, come indicati in polizza con caratteri di particolare evidenza.

F

Franchigia/Scoperto: la parte di danno che resta a carico dell'Assicurato, espressa rispettivamente in un importo fisso o in una percentuale sul danno indennizzabile. Qualora lo scoperto preveda un minimo e la percentuale sul danno indennizzabile risultasse inferiore all'importo del minimo di scoperto, sarà quest'ultimo a restare a carico. La franchigia si dice infatti **"Assoluta"** quando il suo importo rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato, qualunque sia l'entità del danno subito. La franchigia si dice invece **"Relativa"** quando la sua applicazione dipende dall'entità del danno subito: se il danno è inferiore o uguale all'importo della franchigia, l'Assicuratore non corrisponde alcun indennizzo; se invece il danno è superiore, l'Assicuratore lo indennizza totalmente senza applicare alcuna franchigia.

Esempio di funzionamento di franchigie e scoperti:

Caso a):

Il danno ammonta a Euro 500 e la polizza prevede una franchigia assoluta di Euro 100. L'indennizzo sarà di Euro 400.

Caso b):

Il danno ammonta a Euro 500 e la polizza prevede una franchigia relativa di Euro 100. L'indennizzo sarà di Euro 500.

Caso c):

Il danno ammonta a Euro 100 e la polizza prevede una franchigia relativa di Euro 100. Non sarà corrisposto alcun indennizzo.

Caso d):

Il danno ammonta a Euro 200 e la polizza prevede un scoperto del 10%. L'indennizzo sarà di Euro 180.

Caso e):

Il danno ammonta a Euro 200 e la polizza prevede un scoperto del 10% col minimo di Euro 50. L'indennizzo sarà di Euro 150.

Frequenza di Pagamento: la frequenza con la quale il Contraente si impegna a versare il premio di assicurazione. Essa può essere annuale, semestrale, trimestrale o mensile. Si specifica che in questo tipo di polizza il premio è sempre ricorrente (periodico) e non è mai Unico (versato in un'unica soluzione).

I

Imposta sulle Assicurazioni: imposta che si applica al premio di assicurazione, in base alle aliquote fissate dalla legge.

Indennità o Indennizzo: la somma di denaro dovuta dall'Assicuratore in caso di sinistro indennizzabile.

Infortunio al Cavo Orale: la lesione verificatasi nel Cavo Orale dopo la Data di Adesione, derivante direttamente e per via esclusiva da causa fortuita, violenta ed esterna che determini le conseguenze coperte dalla presente assicurazione.

IVASS: l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni che esercita la vigilanza sul mercato assicurativo italiano per garantirne la stabilità, il buon funzionamento e per tutelare il consumatore.

L

Legge: qualsiasi testo normativo vigente e riconosciuto in base all'ordinamento giuridico applicabile.

Liquidatore: il collaboratore autonomo o dipendente di un'impresa di assicurazione incaricato di quantificare sul piano economico il danno verificatosi in conseguenza di un sinistro.

M

Malattia del Cavo Orale: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute al Cavo Orale, non conseguente ad infortunio.

Massimale: l'importo massimo, indicato in polizza, fino alla concorrenza del quale l'Assicuratore si impegna a prestare le garanzie e/o la prestazione prevista.

N

Network: rete di Studi Dentistici convenzionati con la Centrale Operativa, che esercitano in Italia, e che accettano il pagamento diretto da parte dell'Assicuratore nell'ambito dell'erogazione delle prestazioni assicurate.

P

Perito: il libero professionista generalmente incaricato dall'impresa di assicurazione della stima dell'entità del danno subito dall'Assicurato o, nelle assicurazioni della responsabilità civile, dal terzo danneggiato in conseguenza di un sinistro. I periti sono iscritti in un apposito albo professionale tenuto dall'IVASS. Nel caso delle polizze infortuni e/o malattia, il perito è un medico legale e può essere incaricato da entrambe le parti.

Polizza: il documento che prova il Contratto di assicurazione.

Premio: la somma di denaro che il Contraente deve corrispondere all'Assicuratore per beneficiare dell'assicurazione.

Prescrizione: estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini stabiliti dalla normativa vigente.

Prestazioni Assicurate: l'insieme delle garanzie assicurative come descritte in polizza.

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.

Principio Indennitario: principio fondamentale nelle assicurazioni contro i danni, a cui l'assicurazione infortuni appartiene. In base a tale principio, l'indennizzo corrisposto dall'Assicuratore deve svolgere la funzione di riparare il danno subito dall'Assicurato e non può rappresentare per quest'ultimo una fonte di guadagno.

Q

Questionario Anamnestico: detto anche questionario sanitario, è il documento che l'Assicuratore può chiedere al Contraente di compilare prima della stipula di un contratto di assicurazione. Esso contiene una serie di informazioni relative allo stato di salute e alle precedenti malattie o infortuni dell'Assicurato. Le informazioni fornite dal Contraente servono all'Assicuratore per valutare il rischio e stabilire le condizioni di assicurazione.

Quietanza: la ricevuta attestante l'avvenuto pagamento del premio o dell'indennizzo.

R

Reclamo: una dichiarazione di insoddisfazione nei confronti dell'Assicuratore in relazione a un contratto o a un servizio assicurativo. Non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Registro dei Reclami: il registro che le imprese di assicurazioni sono obbligate a tenere per legge in cui sono registrati i reclami pervenuti dai consumatori.

Ricorrenza Annuale: ogni anniversario di polizza, calcolato in 12 mesi dalla Data di Effetto del contratto.

Rischio: la probabilità che si verifichi l'evento assicurato.

Riserve: le somme di denaro che l'impresa di assicurazione è tenuta ad accantonare in bilancio a copertura degli impegni assunti nei confronti degli Assicurati.

Rivalsa: il diritto che spetta all'Assicuratore ai sensi di legge di richiedere al soggetto che ha causato il danno l'indennizzo liquidato.

S

Servizio Clienti: struttura presso l'Assicuratore attraverso la quale l'Assicurato assume il primo contatto con l'Assicuratore stesso in caso di sinistro o per qualsiasi esigenza inerente al contratto. Si specifica che per la presente polizza il servizio è gestito per conto dell'Assicuratore dalla Centrale Operativa di Sigma Dental Europe SA, c/o Log & Ships, Via Gioberti 15, 21100 Varese.

Set Informativo: l'insieme dei documenti che costituiscono l'informativa precontrattuale (DIP, DIP Aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione, Glossario comprensive, ove previsto, di Modulo di Proposta).

Sinistro: il verificarsi dell'evento assicurato.

Sottolimito: l'importo, espresso in percentuale o in cifra assoluta, che è parte del Massimale e rappresenta l'esborso massimo dell'Assicuratore in relazione alla singola garanzia per cui può essere previsto.

Studio Dentistico: lo studio medico o il singolo medico odontoiatra, abilitato all'esercizio della professione in Italia e, se all'estero, lo studio medico o il singolo il medico odontoiatra iscritto presso il competente ordine professionale o abilitato all'esercizio della professione.

Studio Dentistico afferente al Network: lo studio medico o il singolo medico odontoiatra, abilitato all'esercizio della professione in Italia, che aderisce al Network

Surroga: la facoltà dell'Assicuratore di sostituirsi ai diritti che l'Assicurato indennizzato vanta verso il terzo responsabile del danno.

T

Tabella delle Prestazioni e dei Rimborsi: l'elenco delle prestazioni e degli interventi odontoiatrici coperti dalla presente assicurazione, classificati per tipologia, con l'indicazione, per gli interventi effettuati fuori Network, del massimale corrispondente.

Tariffario: elenco delle prestazioni odontoiatriche e delle relative tariffe convenzionate praticate dagli studi odontoiatrici appartenenti al Network messo a disposizione dall'Assicuratore.

U

Unità di Premio: l'importo corrispondente a 1 mese di copertura assicurativa, comprensivo delle imposte applicabili.

V

Validità Territoriale: lo spazio geografico entro il quale l'assicurazione opera.

SEZIONE 2: NORME CHE REGOLANO IL CONTRATTO IN GENERALE

Articolo 1 - Valutazione delle richieste ed esigenze del Contraente e conseguenze per dichiarazioni inesatte o reticenti del Contraente

L'Assicuratore, nel rispetto delle norme vigenti, ha acquisito dal Contraente prima dell'Adesione ogni informazione utile ad identificare le sue richieste ed esigenze assicurative, al fine di valutarne la coerenza rispetto al contratto offerto.

L'Assicuratore ha presentato il prodotto assicurativo al Contraente in una forma comprensibile fornendo informazioni oggettive al fine di consentirgli di prendere una decisione informata.

Inoltre, l'Assicuratore ha accertato che il Contraente fosse consapevole delle seguenti principali caratteristiche ed Esclusioni della copertura assicurativa prestata dal presente Contratto di Assicurazione:

- a. essa non è cumulabile con altre coperture analoghe che l'Assicurato dovesse possedere;
- b. essa esclude gli infortuni derivanti dalla pratica di sport pericolosi, quali a titolo d'esempio: speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, kitesurf, alpinismo con scalata di ghiaccio o scalata di roccia oltre il 3° grado della scala U.I.A.A, sci estremo, sci d'alpinismo, sci acrobatico, free climbing, bob, skeleton (slittino), bobsleigh (motoslitta), parkour, rally, bungee jumping, base jumping, salto dal trampolino con sci ed idrosci, hockey, arti marziali, atletica pesante (lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi), rugby e football americano, canoa fluviale, rafting e canyoning (torrentismo), utilizzo di mountain bike per partecipazione a gare o competizioni nonché durante la fruizione di aree specificatamente dedicate alle attività in mountain bike quali, a titolo esemplificativo, i bike park;
- c. essa esclude gli infortuni derivanti o comunque collegati all'utilizzo da parte dell'Assicurato di armi da fuoco e/o da sparo;

****Avvertenza****

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dall'Assicurato e/o dal Contraente per la conclusione del Contratto possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa. Tali dichiarazioni possono comportare la perdita totale o parziale del diritto a ricevere l'Indennizzo in conseguenza di un Sinistro, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. In particolare, tali dichiarazioni false, inesatte o reticenti:

- sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente/Assicurato abbia agito con dolo o con colpa grave. In tal caso, l'Assicuratore avrà diritto ai Premi relativi al periodo di Assicurazione in corso al momento in cui ha domandato l'annullamento e, in ogni caso, al Premio convenuto per il primo anno. Qualora il Sinistro si verifichi prima che siano decorsi 3 mesi dal giorno in cui l'Assicuratore ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza, l'Assicuratore non sarà tenuto a pagare la somma assicurata, in linea con quanto previsto dall'art. 1892 del Codice Civile;
- non sono causa di annullamento del contratto quando il Contraente/Assicurato abbia agito senza dolo o colpa grave. Tuttavia, in tali casi, l'Assicuratore potrà recedere dal contratto, mediante dichiarazione da farsi all'Assicurato nei 3 mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza. Qualora il Sinistro si verifichi prima che l'inesattezza della dichiarazione o la reticenza sia conosciuta dall'Assicuratore, o prima che l'Assicuratore abbia dichiarato di recedere dal Contratto, la somma dovuta sarà ridotta in proporzione della differenza tra il Premio convenuto e quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il vero stato delle cose, in linea con quanto previsto dall'art. 1893 del Codice Civile.

Articolo 2 – Determinazione del Premio di assicurazione

Il Premio di assicurazione è pari ad una Unità di Premio – cioè l'importo corrispondente ad un mese di copertura assicurativa comprensivo delle Imposte applicabili o a un multiplo di essa (3, 6 o 12) in base alla Frequenza di Pagamento scelta dal Contraente (mensile, trimestrale, semestrale o annuale) – ed è determinato in base alle persone indicate come Assicurati nel Certificato di Assicurazione, come riportato nella "Tabella del Premio" presente nel "Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo" ("DIP Aggiuntivo").

Il nome, il cognome e la data di nascita degli Assicurati saranno riportati sul Certificato Personale di Assicurazione.

Articolo 3 - Pagamento del Premio di assicurazione

Il Contraente si impegna a corrispondere il Premio di assicurazione a decorrere dal giorno della Conclusione del Contratto, con la frequenza scelta, mediante addebito automatico su una carta di credito di cui è titolare, oppure mediante addebito diretto su un conto corrente bancario (SDD o Sepa Direct Debit) a lui intestato.

Qualora le coordinate per l'addebito dovessero variare nel corso del tempo, vige l'obbligo per il Contraente di comunicare tempestivamente all'Assicuratore le modifiche da apportare per il corretto addebito del Premio. L'eventuale attivazione dell'addebito diretto su un conto corrente bancario potrà avvenire in ogni momento mediante l'approvazione del relativo mandato da parte del Contraente, nel rispetto delle procedure previste per l'utilizzo di questo strumento di pagamento.

Il mancato pagamento del Premio determina l'applicazione dell'Art.1901 del Codice Civile (vale a dire la sospensione della copertura assicurativa fino alle ore 24 del giorno del pagamento), mentre il suo pagamento costituisce valore di prova ai sensi dell'Art. 1888 del Codice Civile.

Resta inteso che la prima Unità di Premio, pari a 1 mese di copertura assicurativa dalla data di Conclusione del Contratto, è a carico dell'Assicuratore.

Articolo 4 - Inizio della copertura assicurativa. Diritto di Recesso

Il Contratto di Assicurazione si intende concluso e perfezionato nel momento in cui l'Assicuratore ha raccolto la volontà del Contraente di aderire alla presente Polizza.

Il Contratto di Assicurazione decorre, ovvero le prestazioni hanno effetto a partire dalla mezzanotte della data di Conclusione del Contratto: da tale momento l'Assicuratore garantisce all'Assicurato le prestazioni oggetto della presente Polizza, tranne per le prestazioni soggette a carenza, riportate nella SEZIONE 4: DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI.

Resta inteso che la sottoscrizione del Certificato Personale di Assicurazione da parte del Contraente - richiesta in conformità alla vigente normativa nel quadro dell'art. 1888 del Codice Civile e della Legge applicabile - ha una finalità esclusivamente probatoria, pertanto la mancata restituzione dello stesso non implica la nullità del Contratto di Assicurazione o la possibilità per il Contraente di esercitare pretese di annullamento dello stesso al di fuori delle modalità previste nella presente Sezione.

Il Contraente ha facoltà di esercitare il diritto di recesso entro i 30 giorni successivi alla data di Conclusione del Contratto (riportata sul Certificato Personale di Assicurazione), comunicando all'Assicuratore la sua volontà, a sua scelta:

- a mezzo lettera raccomandata A/R.;
- rivolgendosi telefonicamente al Numero Verde del Servizio Clienti, autorizzando l'operatore a registrare la richiesta.

In tal caso il Contratto sarà automaticamente annullato dalla data di Conclusione del Contratto e l'Assicuratore rimborserà al Contraente l'eventuale Premio già addebitato, senza trattenuta alcuna, con le stesse modalità definite per il pagamento dei Premi.

Articolo 5 - Durata del Contratto. Modalità di Disdetta

Il presente Contratto di Assicurazione, emesso con durata a tempo indeterminato, salvo quanto previsto al successivo paragrafo, è valido per periodi di assicurazione ricorrenti, definiti in base alla Frequenza di Pagamento del Premio scelta, a partire dalla Data di Effetto del Contratto.

La copertura assicurativa cesserà automaticamente, in relazione a ogni Assicurato, alla Ricorrenza Annuale immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età.

Il Contraente potrà dare Disdetta in qualsiasi momento, a mezzo raccomandata A/R o PEC all'indirizzo italy@pec.chubb.com, restando inteso che il presente Contratto di Assicurazione rimarrà vigente per il periodo di assicurazione per il quale è già stato corrisposto il Premio.

Oltre alla forma scritta, il Contraente ha facoltà di comunicare la propria Disdetta rivolgendosi telefonicamente al Numero Verde dedicato, autorizzando l'operatore a registrare la richiesta.

L'Assicuratore si impegna a non dare Disdetta nei primi 5 anni dalla Data di Effetto del Contratto, eccetto nel caso in cui l'Assicuratore decida di interrompere o trasferire la totalità dei contratti assicurativi a cui il presente Contratto di Assicurazione appartiene per tipologia. Dopo i primi 5 anni, l'Assicuratore potrà dare Disdetta in qualsiasi momento. La Disdetta sarà in ogni caso comunicata, a mezzo raccomandata A/R o PEC, almeno 30 giorni prima della scadenza del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio.

Tutti i recapiti necessari per comunicare con l'Assicuratore sono riportati a pagina 1 della presente Polizza intitolata "I NOSTRI CONTATTI".

Articolo 6 - Altre Assicurazioni

Il Contraente e l'Assicurato sono esonerati dall'obbligo di denunciare altre analoghe assicurazioni che avessero in corso o stipulassero con altre compagnie di assicurazione o con l'Assicuratore.

Articolo 7 – Rinuncia al diritto di Rivalsa

In deroga all'art. 1916 del Codice Civile, l'Assicuratore rinuncia a favore dell'Assicurato, o dei suoi aventi causa, al diritto di rivalersi verso i terzi responsabili del Sinistro.

Articolo 8 - Foro competente

In caso di controversie in merito al presente Contratto di Assicurazione, sarà competente il Foro del luogo di residenza dell'Assicurato.

Articolo 9 - Oneri fiscali

Gli oneri fiscali relativi al Contratto sono a carico del Contraente.

Articolo 10 - Interpretazione del Contratto e rinvio alle norme di Legge

Il presente Contratto di Assicurazione è regolato dalla Legge italiana, a cui si rimanda per tutto quanto non espressamente regolato.

L'Assicuratore ha redatto il presente Contratto di Assicurazione in relazione ai principi di massima chiarezza e trasparenza previsti dalla Legge e si rende comunque sempre disponibile a rispondere ai dubbi interpretativi sollevati dagli Assicurati (anche per mancanza di conoscenze specifiche e tecniche) attraverso ogni canale di contatto desumibile dal Contratto di Assicurazione stesso.

In particolare il Servizio Clienti è punto di contatto di ogni richiesta di informazioni e chiarimento indipendentemente dalla presenza di Sinistri, nell'ottica di agevolare e di applicare in concreto i suddetti principi di chiarezza, trasparenza e semplificazione contrattuale.

SEZIONE 3: OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE**Articolo 11 - Oggetto dell'assicurazione**

Qualora l'Assicurato desideri utilizzare le Prestazioni Odontoiatriche di Prevenzione di cui all'Art. 14.1 che segue, o necessiti delle Prestazioni Odontoiatriche di Emergenza di cui all'Art.14.2 che segue, rivolgendosi al Servizio Clienti e scegliendo di utilizzare uno Studio Dentistico afferente al Network, avrà diritto ad ottenere la prestazione:

- con i costi a completo carico dell'Assicuratore;
- con pagamento diretto della prestazione dall'Assicuratore allo Studio Dentistico afferente al Network;
- senza limiti nella frequenza di utilizzo, nel periodo di copertura assicurativa;
- con Massimale illimitato.

Qualora invece l'Assicurato scegliesse una Studio Dentistico non afferente al Network, avrà diritto ad ottenere il rimborso della spesa sostenuta nel limite delle prestazioni e degli importi indicati nella "Tabella delle Prestazioni e dei Rimborsi" di cui all'Art. 14.3 che segue, fino al Massimale di Euro 1.000 per anno assicurativo.

Per una comprensione completa ed esaustiva delle garanzie prestate si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere con cura gli articoli di riferimento nella presente Sezione 3 - OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE E PRESTAZIONI ASSICURATE e nella Sezione 4 - DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI che seguono.

Articolo 12 – Persone assicurabili

Il Contraente può assicurare se stesso e/o altra persona purché entro i 70 anni di età al momento dell'inserimento in copertura. Il nome, il cognome e la data di nascita degli Assicurati saranno riportati sul Certificato Personale di Assicurazione. Resta inteso che il Contraente può scegliere di modificare in qualunque momento l'elenco degli Assicurati, comunicando all'Assicuratore la propria volontà secondo le modalità indicate a pagina 1 della presente Polizza intitolata "I NOSTRI CONTATTI".

Si ricorda che in caso di Assicurato 70enne la presente Polizza avrà Durata specifica determinata in massimo 5 anni, essendo prevista, come eccezione, alla durata indeterminata, l'assicurabilità sino alla Ricorrenza Annuale immediatamente successiva al compimento del 75° anno di età.

Il quinquennio è anche in linea con l'obbligo generale dell'Assicuratore di non dare Disdetta al Contratto di Assicurazione per il periodo minimo di 5 anni.

Articolo 13 – Accesso alle prestazioni

Per l'operatività della presente assicurazione è condizione indispensabile che l'Assicurato si rivolga preventivamente al Servizio Clienti ed ottenga la necessaria autorizzazione dell'Assicuratore ad attivarsi per ottenere i servizi oggetto di copertura, pena la decadenza del diritto al pagamento o al rimborso della Prestazione, in accordo a quanto definito al seguente Art. 24 Adempimenti in caso di sinistro

. Il Servizio Clienti è a disposizione dell'Assicurato 24 ore su 24.

Articolo 14 – Elenco delle prestazioni

La presente Polizza garantisce all'Assicurato le seguenti prestazioni:

14.1) Prestazioni Odontoiatriche di Prevenzione

Codice	Trattamento
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)
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
SD11	Assorbimento di fluoro nello smalto (lucidatura): applicazioni topiche di oligoelementi

14.2) Prestazioni Odontoiatriche di Emergenza

Codice	Trattamento
SD01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)
SD02	Radiografia per 1 o 2 denti congiunti o Endorale per due elementi vicini
SD12	Otturazione per carie semplice Cavità di I e V Classe Black
SD13	Otturazione per carie profonde Cavità di II Classe Black due pareti
SD17	Ricostruzione coronale in amalgama a più cuspidi
SD18	Ricostruzione coronale in composito – colore dente
SD30	Estrazione semplice di dente o radice
SD37	Reinserimento di dente avulso
SD54	Devitalizzazione – asportazione del nervo e otturazione monocalare
SD55	Devitalizzazione – asportazione del nervo e otturazione bicanalare
SD56	Devitalizzazione – asportazione del nervo e otturazione tricanalare
SD57	Medicazioni canalari e sedute per apacificazione
SD94	Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali, realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica

L'Assicurato ha piena libertà di scegliere se eseguire le prestazioni di cui ai punti 14.1) e 14.2) che precedono presso uno degli Studi Dentistici afferenti al Network oppure presso una Studio dentistico non afferente al Network.

Qualora l'Assicurato scelga uno Studio Dentistico afferente al Network, le prestazioni saranno erogate:

- con i costi a completo carico dell'Assicuratore;
- con pagamento diretto della prestazione dall'Assicuratore allo Studio Dentistico;
- senza limiti nella frequenza di utilizzo;
- con Massimale illimitato.

Il Network è operante esclusivamente in Italia

14.3) Prestazioni odontoiatriche fuori Network

Qualora l'Assicurato preferisse rivolgersi a uno Studio Dentistico non afferente al Network, l'Assicuratore rimborserà la spesa sostenuta nel limite dell'importo indicato nella colonna "Rimborso" di cui alla sottostante "Tabella delle Prestazioni e dei Rimborsi", fino al Massimale di Euro 1.000 per anno assicurativo.

Tabella delle Prestazioni e dei Rimborsi		
Codice	Trattamento	RIMBORSO
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 e igiene orale	€ 41,25
SD11	Assorbimento di fluoro nello smalto (lucidatura): applicazioni topiche oligoelementi	€ 15,00
SD01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	€ 16,50
SD02	Radiografia per 1 o 2 denti congiunti o Endorale per due elementi vicini	€ 16,50
SD12	Otturazione per carie semplice Cavità di I e V Classe 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
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 apecificazione	€ 35,00
SD94	Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali, realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica	€ 30,00

Le Prestazioni Odontoiatriche fuori Network sono accessibili, oltre che in Italia, in tutto il mondo.

Articolo 14.4 – Accesso alle tariffe convenzionate

Per tutta la Durata del presente Contratto, l'Assicurato potrà usufruire, per tutti i casi non coperti dalla presente assicurazione, delle tariffe convenzionate presso il Network messo a disposizione dall'Assicuratore.

Per avere diritto alla tariffa convenzionata l'Assicurato dovrà preventivamente richiedere l'autorizzazione contattando il Servizio Clienti.

Le tariffe convenzionate aggiornate alla data di emissione della presente Polizza sono quelle riportate nel "Tariffario SOSDEN_1119" allegato al presente Set Informativo.

L'Assicuratore si riserva il diritto di modificare o adeguare le tariffe di cui sopra. Tali modifiche saranno comunicate all'Assicurato in occasione del primo contatto al Servizio Clienti.

Articolo 15 – Infortuni coperti dalla Polizza

Si precisa che la definizione di Infortuni al Cavo Orale riportata nelle "Definizioni di Polizza" comprende anche gli Infortuni:

- derivanti da guerra (dichiarata o non dichiarata), guerra civile, insurrezioni a carattere generale, ma solo per un periodo massimo di 14 giorni dall'inizio delle ostilità, e purché l'Assicurato risulti sorpreso dagli eventi citati mentre si trova in un Paese straniero dove nessuno degli eventi esisteva o era in atto al momento del suo arrivo in tale Paese;
- conseguenza di movimenti tellurici;
- subiti durante viaggi aerei effettuati come passeggero su aerei in servizio pubblico di linee aeree regolari, compresi i voli charter, i voli straordinari gestiti da società di traffico regolare e i voli su aeromobili militari in regolare traffico civile. Sono inoltre inclusi gli Infortuni subiti in qualità di passeggero a bordo di elicotteri messi a disposizione dalle Autorità preposte per effettuare interventi di soccorso tecnico urgente;

- d) subiti in conseguenza di forzato dirottamento dell'aereo sul quale viaggia l'Assicurato, compreso l'eventuale viaggio aereo di trasferimento dal luogo dove l'Assicurato è stato dirottato fino alla località di arrivo definitiva prevista dal biglietto aereo;
- e) derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove ed allenamenti) aventi carattere ricreativo e non professionale, e ciò limitatamente ai soli sport di pratica comune non ricollegabili alle tipologie menzionate all'Articolo 23 nella Sezione 4 – DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI.

SEZIONE 4: DELIMITAZIONI DELLA COPERTURA ED ESCLUSIONI

Articolo 16 – Limiti di intervento

L'Assicurato ha diritto a ricevere le prestazioni di cui alla presente Polizza:

- per trattamenti eseguiti in Network: senza limiti al numero degli interventi e con Massimale illimitato;
- per trattamenti eseguiti fuori Network: entro il Massimale previsto per ciascuna Prestazione nella “Tabella delle Prestazioni e dei Rimborsi”, e comunque fino a un massimo di Euro 1.000 per anno assicurativo.

Articolo 17 – Requisiti per l'operatività delle prestazioni

Le Prestazioni oggetto della presente Polizza sono garantite a condizione che:

- a) siano rese necessarie da una patologia insorta dopo la Data di Adesione (Articolo 19 – Patologie preesistenti);
- b) siano esplicitamente contemplate nell'Articolo 14;
- c) siano state preventivamente autorizzate dal Servizio Clienti, in base alla procedura dettagliata all'Articolo 24.2) che segue (Richiesta di Prestazione Odontoiatrica);
- d) siano state giudicate necessarie da un Dentista;
- e) vengano effettuate in una Struttura autorizzata all'erogazione delle prestazioni sanitarie-odontoiatriche secondo le disposizioni di Legge vigenti nel Paese.

Articolo 18 – Patologie preesistenti

Ad eccezione delle Prestazioni Odontoiatriche di Emergenza di cui all'Art. 14.2), restano esclusi dalle garanzie di cui alla presente Polizza gli eventi riconducibili a condizioni patologiche preesistenti, cioè antecedenti la data di Conclusione del Contratto indicata sul Certificato Personale di Assicurazione.

Il giudizio di preesistenza si basa su principi medico-scientifici e per “condizioni patologiche preesistenti” si intende la condizione che, prima della data di Conclusione del Contratto:

- si sia già evidenziata per la prima volta, acuitizzata o abbia manifestato sintomi che avrebbero dovuto condurre una persona normalmente prudente/diligente a richiedere una diagnosi, un trattamento o una cura;
- abbia richiesto l'assunzione di medicinali dietro prescrizione medica;
- abbia fatto sottoporre l'Assicurato alle cure di un medico o per la quale un medico abbia raccomandato una cura.

Articolo 19 – Periodo di Carenza

Fermo quanto stabilito dall'Articolo 19 (Patologie preesistenti) che precede, si precisa che per le Prestazioni Odontoiatriche di Prevenzione, indicate all'Articolo 14.1) viene stabilito un periodo di Carenza assoluta iniziale di 90 giorni, a partire dalla data di Conclusione del Contratto indicata sul Certificato Personale di Assicurazione.

Articolo 20 - Persone non assicurabili e limiti di età

Non possono essere Assicurati coloro che, al momento dell'inserimento in copertura, abbiano un'età superiore a 70 anni compiuti. In ogni caso la copertura assicurativa cesserà automaticamente alla Ricorrenza Annuale del periodo Assicurativo immediatamente successivo al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato.

Inoltre la copertura assicurativa non opera per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o sindrome collegate.

Articolo 21 - Aggravamento del Rischio

L'Assicuratore non richiede al Contraente/Assicurato la comunicazione scritta di condizioni che possono determinare un Aggravamento o una Diminuzione del Rischio, come ad esempio la variazione della professione svolta.

Si precisa inoltre che, qualora le condizioni indicate all'articolo precedente in merito ad alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o sindrome collegate si manifestino nel corso del Contratto di Assicurazione, la copertura assicurativa cessa automaticamente in relazione all'Assicurato affetto a tale condizione, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, senza obbligo dell'Assicuratore di corrispondere l'Indennizzo, a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, l'Assicuratore rimborsa al Contraente – ove richiesto – la parte di Premio non goduta, con esclusione delle Imposte applicabili.

Articolo 22 - Esclusioni

Restano sempre esclusi, e quindi non rimborsabili:

- a. i trattamenti e/o i controlli per le seguenti specialità: chirurgia, radiologia, prostodonzia, periodonzia, ortopedia funzionale dei mascellari, ortodonzia, endodonzia, odontopediatria e qualsiasi altra specialità non espressamente contemplata all'Articolo 14 (Elenco delle prestazioni);
- b. qualsiasi prestazione medica relativa a denti mancanti alla Data di Adesione;
- c. cure e trattamenti iniziati precedentemente alla stipulazione della Polizza o successivamente alla scadenza della stessa;
- d. una condizione pre-esistente, come meglio descritta all'Articolo 19 (Patologie preesistenti);
- e. emergenze chirurgiche maggiori dovute a traumi gravi che includono fratture mascellari o facciali e la perdita di sostanza calcificata e di denti. La presente Polizza non copre questo tipo di emergenza in quanto essa richiede l'intervento di un team medico multidisciplinare (chirurghi plastici, traumatologi, chirurghi maxillo-facciali e anestesisti) e l'uso di tecnologie e attrezzi diagnostici sofisticati. Il trattamento è in genere chirurgico e viene effettuato presso una struttura ospedaliera, ovvero non presso uno studio odontoiatrico;
- f. interventi che richiedano anestesia generale o sedazione totale;
- g. difetti fisici;
- h. malattie o trattamenti per distonia maxillo-facciale;
- i. i trattamenti ortodontici anche se associati alla chirurgia ortognatica, sia che precedano o che seguano l'intervento chirurgico;
- j. i trattamenti delle neoplasie maligne alla bocca;

Sono inoltre escluse le conseguenze di:

- k. autolesioni della dentatura e/o dentiera parziale o totale fissa o rimovibile;
- l. dolo o colpa grave dell'Assicurato;
- m. infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere o conseguenza di proprie azioni delittuose;
- n. alcolismo, abuso di psicofarmaci, uso di stupefacenti o allucinogeni;
- o. malattie, stati patologici, difetti fisici e anomalie congenite preesistenti alla stipulazione della Polizza;
- p. radioterapia o chemioterapia;
- q. cura o trattamento medico odontoiatrico che non corrisponde alla definizione di Emergenza o Prevenzione Odontoiatrica specificata;

Sono infine esclusi dalla presente assicurazione gli eventi:

- r. derivanti dalla mancata osservanza delle prescrizioni mediche e indicazioni terapeutiche, sia diretti che indiretti;
- s. derivanti dalla pratica delle seguenti attività: speleologia, immersioni subacquee con uso di autorespiratore, kitesurf, alpinismo con scalata di ghiaccio o scalata di roccia oltre il 3° grado della scala U.I.A.A, sci estremo, sci d'alpinismo, sci acrobatico, free climbing, bob, skeleton (slittino), bobsleigh (motoslitta), parkour, rally, bungee jumping, base jumping, salto dal trampolino con sci ed idrosci, hockey, arti marziali, atletica pesante (lotta nelle sue varie forme, pugilato, sollevamento pesi), rugby e football americano, canoa fluviale, rafting e canyoning (torrentismo), utilizzo di mountain bike per partecipazione a gare o competizioni nonché durante la fruizione di aree specificatamente dedicate alle attività in mountain bike quali, a titolo esemplificativo, i bike park;
- t. derivanti dalla partecipazione a competizioni, corse e gare (e relative prove e allenamenti) di qualsiasi sport;
- u. derivanti da sport comportanti l'uso di veicoli e di natanti a motore;
- v. derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente, o che comporti remunerazione su base contrattuale sia diretta sia indiretta;
- w. derivanti dall'uso e guida di mezzi di locomozione subacquei;
- x. derivanti dalla pratica di voli effettuati su velivoli ed elicotteri di proprietà di aeroclub, del Contraente o dell'Assicurato stesso, salvo quanto previsto dall'Articolo 12 (Infortuni coperti dalla Polizza);
- y. derivanti dalla pratica di voli effettuati come pilota o membro dell'equipaggio su qualsiasi velivolo;
- z. derivanti da stato di guerra, dichiarata o non dichiarata, guerra civile, insurrezioni a carattere generale, salvo quanto previsto dall'Articolo 16 (Infortuni coperti dalla Polizza);
- aa. subiti durante il periodo di arruolamento volontario in qualsiasi parte del mondo, di richiamo per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale;
- bb. derivanti o comunque collegati all'utilizzo da parte dell'Assicurato di armi da fuoco e/o da sparo;
- cc. derivanti da trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati e da accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.).

****Avvertenza****

Chubb European Group SE è una società del gruppo Chubb Limited, società americana quotata al NYSE. Di conseguenza, Chubb European Group SE è soggetta a determinate normative e regolamenti statunitensi in aggiunta a quelli nazionali, dell'Unione Europea o delle Nazioni Unite, includenti sanzioni e restrizioni che possono vietare di fornire copertura o pagare sinistri a determinate persone fisiche o giuridiche o assicurare determinati tipi di attività connesse ai seguenti paesi e territori: Iran, Siria, Corea del Nord, Sudan del Nord, Cuba e Crimea.

SEZIONE 5: DENUNCIA DI SINISTRO

Articolo 23 - Adempimenti in caso di Sinistro

23.1) Richiesta di Prestazione Odontoiatrica

Per richiedere qualsiasi tipo di intervento o Prestazione coperti dalla presente assicurazione l'Assicurato deve PREVENTIVAMENTE contattare il Servizio Clienti per:

- a) ottenere la necessaria autorizzazione, pena decadimento dal diritto al pagamento o al rimborso della prestazione;
- b) verificare la tipologia di intervento e se esso è incluso nella presente Polizza;
- c) ricevere informazioni sugli Studi Dentistici afferenti al Network sul territorio nazionale dove è possibile eseguire l'intervento;
- d) scegliere se eseguire l'intervento presso Studio Dentistico convenzionato (in Network) o non convenzionata (fuori Network).

In caso di intervento odontoiatrico incluso nella presente assicurazione, l'Assicurato avrà diritto:

- e) per i trattamenti eseguiti nel Network: al pagamento diretto da parte dell'Assicuratore alla Struttura Odontoiatrica dei costi relativi alla Prestazione erogata, con i costi a completo carico dell'Assicuratore, senza limiti nella frequenza di utilizzo e con Massimale illimitato;
- f) per i trattamenti eseguiti fuori Network: al rimborso dei costi della Prestazione entro il Massimale previsto per ciascuna Prestazione nella Tabella delle Prestazioni e dei Rimborsi, e comunque entro il limite massimo di Euro 1.000 per anno assicurativo. Per avere diritto a tale rimborso l'Assicurato dovrà:
- indicare all'operatore del Servizio Clienti il nominativo e il recapito telefonico del Dentista di propria fiducia che eseguirà l'intervento, autorizzando il Servizio Clienti a contattare eventualmente il Dentista;
 - fornire a proprie spese tutte le informazioni mediche e i certificati, le prescrizioni e la documentazione necessaria eventualmente richiesta dall'Assicuratore per la valutazione del Sinistro, esprimendo il consenso al trattamento dei Dati Personali nelle forme e nei modi richiesti in base alla vigente normativa;
 - presentare all'Assicuratore, in originale, le fatture, distinte o ricevute debitamente quietanzate con il dettaglio delle singole prestazioni eseguite.

Se l'intervento odontoiatrico non è incluso nella presente assicurazione, contattando il Servizio Clienti l'Assicurato avrà comunque diritto ad usufruire negli Studi Dentistici afferenti al Network delle tariffe convenzionate concordate dall'Assicuratore, il cui elenco è riportato nel "TARIFFARIO" allegato al presente Set Informativo.

23.2) Dati necessari per accedere al Servizio Clienti

L'Assicurato dovrà fornire all'operatore del Servizio Clienti le seguenti informazioni:

- nome e cognome;
- numero del Certificato Personale di Assicurazione (o nome della Polizza);
- tipo di richiesta;
- indirizzo o recapito anche se temporaneo;
- numero di telefono a cui essere rintracciato.

Articolo 24 - Gestione dei Sinistri. Controversie in caso di Sinistro

In caso di divergenze sulla natura e sulle conseguenze del Sinistro, le Parti si impegnano, a conferire mandato, con scrittura privata tra le Parti, ad un Collegio di tre medici, di decidere a norma e nei limiti delle condizioni della presente Polizza.

La proposta di convocare il Collegio Medico può in ogni caso partire da una qualsiasi delle Parti (incluso l'Assicuratore) la quale, dopo aver verificato la disponibilità dell'altra (ossia, nel caso dell'Assicuratore, del Contraente o dell'Assicurato) all'attivazione della procedura conciliatoria, provvede a nominare, per iscritto, il medico designato e a raccogliere il nome del medico a sua volta designato dall'altra Parte.

Il terzo medico viene scelto dalle Parti, tra tre nomi proposti dai medici designati; in caso di disaccordo è il Segretario dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio Medico, ad effettuare la designazione. Nominato il terzo medico, la Parte proponente convoca il Collegio Medico, invitando l'altra Parte a presentarsi.

Il Collegio Medico ha sede presso il luogo di residenza dell'Assicurato e ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese, contribuendo per la metà alle spese del terzo medico. Le decisioni del Collegio sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di Legge. La decisione del Collegio Medico è vincolante per le Parti anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale.

Chubb. Insured.SM

Modello_CDA_SOSDEN_1119

Chubb European Group SE, con sede legale in La Tour Carpe Diem, 31 Place des Corolles, Esplanade Nord, 92400 Courbevoie, Francia - Capitale sociale € 896.176.662 i.v. - Rappresentanza generale per l'Italia: Via Fabio Filzi n. 29 - 20124 Milano - Tel. 02 27095.1 - Fax 02 27095.333 - italy@pec.chubb.com -P.I. e C.F. 04124720964 - R.E.A. n. 1728396. Abilitata ad operare in Italia in regime di stabilimento con numero di iscrizione all'albo IVASS L.00156. L'attività in Italia è regolamentata dall'IVASS, con regimi normativi che potrebbero discostarsi da quelli francesi. Autorizzata con numero di registrazione 450 327 374 RCS Nanterre dall'Autorité de contrôle prudentiel et résolution (ACPR) 4, Place de Budapest, CS 92459, 75436 PARIS CEDEX 09 RCS e soggetta alle norme del Codice delle Assicurazioni francese. info.italy@chubb.com - www.chubb.com/it