

DENTAL RELAX

Contratto di Assicurazione per la copertura delle spese odontoiatriche

Il presente Fascicolo Informativo, contenente:

- **Nota Informativa**
- **Glossario**
- **Informativa privacy**
- **Condizioni di assicurazione**

**deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del contratto.
Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa.**

Nota Informativa

NOTA INFORMATIVA PER I CONTRATTI DI ASSICURAZIONE DANNI “RAMI ELEMENTARI” - POLIZZA DENTAL RELAX

(predisposta ai sensi dell'Art. 185 del Decreto Legislativo n. 209 del 07/09/2005)

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS. Il Contraente deve prendere visione delle condizioni del Fascicolo Informativo prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI RELATIVE ALLA SOCIETÀ

1. INFORMAZIONI GENERALI

Amissima Assicurazioni S.p.A.

Società appartenente al Gruppo Assicurativo Amissima, iscritto con il n. 050 all'Albo Gruppi Ivass, ed assoggettata a direzione e coordinamento della Capogruppo Assicurativa Amissima Holdings S.r.l. Sede legale e Direzione Generale: Viale Certosa 222, 20156 Milano, Italia Tel. +39 02 30761 - Fax +39 02 3086125 - sito: www.amissimagruppo.it – indirizzo di Posta Elettronica Certificata: amissima@pec.amissima.it. Numero di iscrizione nell'Albo delle Imprese tenuto dall'IVASS: 1.00031 - Impresa autorizzata con Decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 27.3.63 (G.U. del 6.4.63 n. 93).

2. INFORMAZIONI SULLO STATO PATRIMONIALE DELL'IMPRESA

Al 31 dicembre 2016, l'ammontare del Patrimonio Netto è pari ad Euro 281,1 milioni, di cui Capitale Sociale Euro 209.652.480,00 e Riserve Patrimoniali Euro 61,9 milioni. L'indice di solvibilità è pari al 110,66% e rappresenta il rapporto tra l'ammontare del margine di solvibilità disponibile e l'ammontare del margine di solvibilità richiesto dalla normativa vigente.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Avvertenza - Durata del contratto

In mancanza di disdetta, da inviare a mezzo lettera raccomandata, fax o P.E.C. (per disdette inviate dal Contraente alla Società la P.E.C. dedicata è: disdette@pec.amissima.it) almeno trenta giorni prima della scadenza contrattuale, il contratto si intende tacitamente rinnovato, secondo quanto previsto dall'Art. 12 – Decorrenza, durata e cessazione delle garanzie, delle Condizioni Generali di Assicurazione.

3. COPERTURE ASSICURATIVE OFFERTE – LIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Le coperture offerte dal contratto sono:

- prestazioni odontoiatriche di emergenza (es. devitalizzazione);
- prestazioni odontoiatriche di prevenzione (es. ablazione tartaro).

Le garanzie assicurate dalla presente polizza sono esclusivamente quelle elencate e descritte nella “Tabella delle Garanzie” riportata al punto 13 della Nota Informativa ed agli Artt. 3.1, 3.2 e 5 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Avvertenza - Esclusioni di copertura

Le “Esclusioni” di polizza espressamente indicate all'Art. 10 delle Condizioni Generali di Assicurazione, determinano i casi di inoperatività della copertura.

Avvertenza - Limitazioni di copertura

Sono previste delle delimitazioni delle coperture assicurative ovvero delle condizioni di sospensione delle garanzie che possono dar luogo al mancato pagamento dell'indennizzo come indicato agli Artt. 3, 7, 8 e 9 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Avvertenza - Limiti di età

Il limite massimo di età assicurabile è sancito in anni 70, come indicato all'Art. 8 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

4. PERIODO DI CARENZA CONTRATTUALE

Avvertenza - Si richiama l'attenzione del Contraente sul fatto che su alcune specifiche garanzie, la Società può eventualmente applicare un periodo di carenza contrattuale (periodo di tempo limitato in cui le prestazioni assicurate non

sono operative). Tutte le informazioni di dettaglio su tali limitazioni - ove previste - sono contenute nell'Art. 7 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

5. DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE/ASSICURATO IN ORDINE ALLE CIRCOSTANZE DEL RISCHIO – QUESTIONARIO SANITARIO – NULLITÀ

Avvertenza - Eventuali dichiarazioni false o reticenti rese dal Contraente possono comportare effetti sulle prestazioni assicurate, come indicato all'Art. 1 – Oggetto dell'assicurazione. L'Impresa di Assicurazione non raccoglie dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio, ma nel rispetto dell'obbligo di acquisire informazioni utili a valutare l'adeguatezza delle coperture proposte di cui al Regolamento ISVAP n° 5/2006, l'Impresa di Assicurazione o - ove presente - l'Intermediario - informa il Contraente relativamente alle principali caratteristiche ed esclusioni della copertura assicurativa in oggetto.

Avvertenza - Non è prevista la compilazione di alcun questionario sanitario.

Avvertenza - Si richiama l'attenzione del Contraente sul fatto che non sono previste delle cause di nullità del Contratto di Assicurazione (ad esempio: cessazione del rischio, inesistenza del rischio).

Resta inteso che sono previste delle cause di annullamento o sospensione del Contratto (come ad esempio il mancato pagamento del premio) come previsto dalla normativa vigente. Tutte le informazioni in merito a condizioni che possono determinare l'annullamento o la sospensione del contratto sono indicate agli Artt. 9, 11, 12, 13 e 18 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

6. AGGRAVAMENTO E DIMINUZIONE DEL RISCHIO E VARIAZIONE NELLA PROFESSIONE

La Società non richiede al Contraente la comunicazione scritta in merito a condizioni che possano determinare aggravamento o diminuzione del rischio come ad esempio: variazioni della professione. Resta precisato che se nel corso del contratto, dovessero verificarsi condizioni come ad esempio, alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività HIV o sindromi collegate, l'assicurazione stessa cessa, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile. Tutte le informazioni in merito a cause di aggravamento del rischio sono indicate all'Art. 9 delle Condizioni Generali di Assicurazione.

7. PREMI

Il premio va pagato alla firma del contratto nonché ad ogni scadenza di polizza successiva, come indicato all'Art. 11 – Premio dell'assicurazione, delle Condizioni Generali di Assicurazione. Per il pagamento del premio possono essere concordate forme di frazionamento annuale, semestrale o quadrimestrale. Il frazionamento semestrale comporta un aumento del premio imponibile pari al 3%, il frazionamento quadrimestrale comporta un aumento del premio imponibile pari al 4%.

Il Contraente, fermo restando quanto disposto dal codice civile in tema di adempimenti alle obbligazioni, può pagare il premio, in ossequio a quanto previsto dall'Art. 47 del Regolamento ISVAP (ora IVASS) n. 5 del 16/10/2006, secondo le seguenti forme:

- per mezzo di assegno bancario, postale o circolare munito della clausola di non trasferibilità intestato all'intermediario espressamente in qualità di rappresentante dell'impresa o all'impresa medesima;
- per mezzo di ordine di bonifico bancario o altra disposizione di pagamento automatico laddove il beneficiario è l'intermediario espressamente identificato in qualità di rappresentante dell'impresa o all'impresa medesima;
- il pagamento in contanti è ammesso soltanto nei limiti delle vigenti disposizioni in materia di antiriciclaggio e per le polizze aventi premio annuo non superiore a € 750,00 (settecentocinquanta).

8. ADEGUAMENTO DEL PREMIO E DELLE SOMME ASSICURATE

Le somme assicurate e il premio non sono soggette ad adeguamento automatico.

9. DIRITTO DI RECESSO

Avvertenza - Le Parti hanno la possibilità di recedere entro i termini previsti dall'Art. 13 - Diritto di recesso, delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Avvertenza - Non è altresì previsto il recesso in caso di sinistro.

10. TERMINE DI PRESCRIZIONE E DECADENZA DEI DIRITTI DERIVANTI DAL CONTRATTO

I diritti derivanti dal contratto di assicurazione si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 c.c.

L'inadempimento da parte dell'Assicurato dell'obbligo di dare avviso del sinistro ai sensi dell'Art. 1913 c.c. (3 giorni da quando l'Assicurato ne sia venuto a conoscenza), può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennità, come meglio specificato dall'Art. 18 – Obblighi dell'Assicurato - decadenza.

11. LEGGE APPLICABILE

Ai sensi dell'Art. 180 del D. Lgs. 7 settembre 2005, n° 209, il presente contratto è regolato dalla legge italiana. La legge italiana si intende pertanto applicata al presente contratto, fatta salva espressa contraria pattuizione delle parti.

12. REGIME FISCALE

Il trattamento fiscale applicabile al contratto è quello vigente nello Stato italiano.

13. TABELLA DELLE GARANZIE**PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DI EMERGENZA (Art. 3.1 delle Condizioni Generali di Assicurazione)**

Codice	Descrizione
SD01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)
SD02	Radiografia per 1 o 2 denti congiunti o Endorale per due elementi vicini
SD03	Radiografia per monitorare la cura iniziata
SD12	Otturazione per carie semplice Cavità di I e V Classe di 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

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DI PREVENZIONE (Art. 3.2 delle Condizioni Generali di Assicurazione)

Codice	Descrizione
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 oligoelementi

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI**14. SINISTRI – LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO**

In caso di sinistro, l'Assicurato deve inoltrare la denuncia alla Società secondo le modalità indicate agli Artt. 14 e 18 delle Condizioni Generali di Assicurazione, esprimendo il consenso al trattamento dei dati, anche sensibili, ai sensi del D. Lgs. 196/2003.

Avvertenza - ai sensi degli Artt. 14 – Attivazione della copertura, e 18 – Obblighi dell'Assicurato - decadenza, si applica quanto segue:

- **Momento di insorgenza del sinistro.** L'insorgenza del sinistro è il momento in cui si determina l'evento previsto dalle coperture assicurative (verificarsi dell'emergenza o della prevenzione che richiede la prestazione odontoiatrica);
- **Modalità e termini per la denuncia del sinistro.** La denuncia deve avvenire mediante contatto con la Struttura Organizzativa, sia per prestazione in forma diretta sia in forma indiretta a rimborso (Artt. 14, 15, 16 e 17);
- **Spese per l'accertamento del danno.** Non sono previste spese salvo quelle necessarie per la produzione ed invio della documentazione attestante il diritto all'indennizzo nonché quelle previste dalla procedura arbitrale (Art. 19);

- **Richiesta visita medica.** La visita medica può essere richiesta dalla Società, a sue spese, per la verifica del diritto all'indennizzo (Art. 18).

Avvertenza - l'Impresa di Assicurazione si avvale della Struttura organizzativa di SIGMA DENTAL EUROPE SA quale soggetto autorizzato in conformità alle norme di legge.

15. RECLAMI IN MERITO AL CONTRATTO O AI SINISTRI

Informazioni sulla procedura reclami ex. art. 10 Regolamento Isvap n. 24/2008

Secondo quanto previsto dal Regolamento Isvap n. 24/2008 e successive integrazioni, in tutti i casi in cui l'utente - ad esempio Contraente, Assicurato, beneficiario o danneggiato, Associazione dei Consumatori - si ritenga insoddisfatto relativamente ad un contratto o a un servizio assicurativo, potrà in prima battuta sporgere formale reclamo per iscritto alla Compagnia assicuratrice, attraverso i seguenti canali:

- a mezzo raccomandata al seguente indirizzo: Amissima Assicurazioni S.p.A. - Ufficio Reclami - Viale Certosa, 222 – 20156 Milano
- a mezzo fax 02/45402417
- a mezzo mail: reclami@amissima.it

Si precisa che non sono considerati reclami le richieste di informazioni o di chiarimenti, le richieste di risarcimento danni o di esecuzione del contratto.

Il reclamo deve contenere i seguenti elementi essenziali:

- nome, cognome e domicilio del reclamante,
- elementi che consentano un'esatta individuazione del prodotto o servizio oggetto di reclamo (a scopo semplificativo e non esaustivo indichiamo numero di polizza, numero di sinistro, targa del mezzo);
- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;
- ogni documento utile all'esatta identificazione del caso oggetto di doglianza.

Il preposto Ufficio Reclami evade la citata doglianza entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Reclami relativi ai comportamenti degli Agenti (sez. A del Registro Unico Intermediari) e dei loro dipendenti e collaboratori

Amissima Assicurazioni S.p.A. gestirà i reclami presentati con riferimento ai comportamenti degli agenti di cui si avvale per lo svolgimento dell'attività di intermediazione assicurativa, inclusi i reclami relativi ai comportamenti dei dipendenti e collaboratori, fornendo riscontro entro il termine massimo di 45 giorni.

Il suddetto termine è sospeso per un massimo di 15 giorni al fine di procedere alle integrazioni istruttorie nei confronti dell'agente interessato.

Reclami relativi ai comportamenti degli intermediari quali Banche, Intermediari Finanziari, (sez. D del Registro Unico Intermediari) , Broker (sez. B del Registro Unico Intermediari) e dei loro dipendenti e collaboratori.

Il reclamo relativo al comportamento degli intermediari iscritti nelle sezioni B e D del Registro Unico Intermediari, nonché quello relativo ai comportamenti dei loro dipendenti e collaboratori, dovrà essere inviato esclusivamente allo stesso intermediario, il quale provvederà ad emettere il relativo riscontro nel termine massimo di 45 giorni.

Al fine di proporre il reclamo si dovrà utilizzare il modulo presente sul sito www.ivass.it.

Qualora il reclamo presenti problematiche inerenti ad Amissima Assicurazioni S.p.A., oltre che agli intermediari iscritti nelle sezioni B e D del Registro Unico Intermediari, nonché ai loro dipendenti e collaboratori, verrà autonomamente riscontrato da entrambi entro il termine massimo di 45 giorni.

Il reclamante che non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo, avrà la facoltà di ricorrere:

- all'Ivass (www.ivass.it) inoltrando l'apposito modulo
 - via posta: IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma,
 - via fax 06.42.133.206,
 - via PEC all'indirizzo tutela.consumatore@pec.ivass.it.

L'esposto, comunque inviato, andrà corredato di copia del reclamo già inoltrato alla Società e del riscontro ricevuto.

Secondo quanto previsto dall'Art. 4 del Regolamento Isvap n. 24/2008 potranno essere inviati all'IVASS:

- a. i reclami per l'accertamento dell'osservanza delle disposizioni del decreto e delle relative norme di attuazione, nonché delle disposizioni della Parte III, Titolo III, Capo I, Sezione IV bis del decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206 relative alla commercializzazione a distanza di servizi finanziari al consumatore, da parte delle imprese di assicurazione e di riassicurazione, degli intermediari e dei periti assicurativi;
- b. i reclami già presentati direttamente alle imprese di assicurazione ai sensi dell'Art. 8, che non hanno ricevuto risposta entro il termine di 45 giorni dal ricevimento da parte delle imprese stesse o che hanno ricevuto una risposta ritenuta non soddisfacente;
- c. i reclami per la risoluzione di liti transfrontaliere di cui all'Art. 7.

L'impresa fornirà riscontro all'IVASS entro 30 giorni dal pervenimento della relativa nota.

In relazione alle controversie già rimesse alla valutazione del magistrato permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria.

- all'arbitrato, qualora sia espressamente previsto dalle Condizioni di polizza.
- alla conciliazione paritetica, di cui il consumatore può avvalersi in presenza dei seguenti requisiti:
 - non ha già incaricato altri soggetti a rappresentarlo;
 - richiesta di risarcimento del danno derivante dalla circolazione dei veicoli a motore e natanti all'Impresa non superiore a 15.000,00 euro;
 - assenza di risposta da parte dell'Impresa;
 - diniego al risarcimento;
 - offerta accettata solamente a titolo di acconto.

Per accedere alla procedura è necessario rivolgersi ad una delle Associazioni dei consumatori aderenti al sistema.

Qualora il reclamante intenda rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, sarà suo obbligo ricorrere in via preliminare alla Mediazione; il D. Lgs. 28/2010, così come modificato dall'Art. 84, comma 1, del D.L. 21 giugno 2013, n. 69, prevede, infatti, **l'obbligo di esperire il procedimento di mediazione civile in materia di responsabilità medica e sanitaria e per tutti i contratti assicurativi** (ad esclusione del risarcimento dei danni derivanti dalla circolazione dei veicoli a motore e natanti). In tal caso, l'istanza di mediazione dovrà essere presentata con l'assistenza del proprio avvocato presso un organismo di mediazione che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia e successivamente inoltrata alla Compagnia all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata mediazione@pec.amissima.it e/o al numero di fax 02.3076.2442.

Il reclamante può anche ricorrere, in forma facoltativa, alla procedura di Negoziazione assistita (L. 10/11/2014, n. 162), la quale può essere avviata tramite richiesta del proprio avvocato alla Società.

In caso di liti transfrontaliere infine, il reclamante avente domicilio in Italia potrà presentare reclamo direttamente al sistema estero competente, individuabile accedendo al sito internet http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET, oppure all'IVASS, che provvederà all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.

16. ARBITRATO

Per l'accertamento relativo alle lesioni fisiche, le controversie di natura medica, nonché sui criteri di indennizzabilità, possono essere demandate ad un Collegio di tre medici, fatta salva la possibilità di rivolgersi alla Autorità Giudiziaria. Il luogo di svolgimento dell'arbitrato è la città sede dell'Istituto di medicina legale più vicina all'Assicurato. Per l'accertamento del danno materiale a cose, l'ammontare del danno può essere concordato direttamente tra la Società ed il Contraente oppure tra due Periti nominati dalle parti (Contraente e Società) che in caso di disaccordo possono nominarne un terzo o direttamente o tramite nomina del Presidente del Tribunale. Le decisioni sui punti controversi, sono prese a maggioranza.

Avvertenza - è fatto salvo in ogni caso il diritto dell'Assicurato di adire l'Autorità Giudiziaria per la tutela dei propri diritti.

Mediazione civile

Si rammenta che il D. Lgs. 28/2010, entrato in vigore in data 20 marzo 2010, ha istituito il sistema di mediazione finalizzato alla conciliazione delle controversie civili e commerciali. Per maggiori informazioni si rinvia al Decreto sopraindicato, oltreché al Decreto attuativo n. 180 del 18 ottobre 2010 e successive modificazioni ed integrazioni.

Con riferimento alla mediazione civile ex D. Lgs. 28/2010, Vi informiamo che le istanze potranno essere rivolte alla presente Compagnia Assicurativa all'indirizzo di Posta Elettronica Certificata mediazione@pec.amissima.it e/o al numero di fax 02.3076.2216.

Per ogni controversia relativa al contratto assicurativo, quale condizione di procedibilità dell'azione giudiziaria innanzi l'organo giudiziario competente, è obbligatorio esperire il procedimento di mediazione.

L'istanza di mediazione deve essere presentata presso un organismo di mediazione che abbia sede nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia, con l'assistenza del proprio avvocato.

La mediazione è facoltativa, invece, per quanto concerne la risoluzione di controversie relative al risarcimento del danno derivante da circolazione dei veicoli a motore e natanti.

La normativa esclude inoltre l'obbligo di esperire la mediazione in caso di consulenza tecnica preventiva ex art. 696-bis c.p.c. e nelle ulteriori esenzioni previste dal Decreto Legislativo del 4 marzo 2010, n. 28, così come modificato dalla Legge del 9 agosto 2013, n. 98.

RAPPORTI ASSICURATIVI VIA WEB

Avvertenza - la Società, in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 22 comma 8 del Decreto Legge 18 ottobre 2012, n. 179 convertito con Legge 17 dicembre 2012, n. 221, ha predisposto nella home page del sito internet www.amissimagruppo.it l'apposita area riservata "Le mie polizze", attraverso la quale Lei potrà accedere alla Sua posizione assicurativa. Consultando il sito internet, potrà conoscere le modalità di accesso all'area riservata.

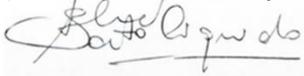
Si richiama l'attenzione del Contraente sulla necessità di leggere attentamente il contratto prima di sottoscriverlo.

Amissima Assicurazioni S.p.A. è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A.

Il Rappresentante Legale

(dott. Alessandro Santoliquido)



Glossario

Nella presente polizza, i termini di seguito definiti hanno il seguente significato:

RELATIVAMENTE ALL'ASSICURAZIONE IN GENERALE:

AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO:

qualsiasi mutamento avvenuto successivamente alla stipula del contratto di assicurazione che comporti un incremento della probabilità che si verifichi l'evento assicurato oppure un incremento del danno conseguente al suo verificarsi.

ARBITRATO:

procedimento per la risoluzione extragiudiziale delle controversie che possono sorgere fra assicurato ed assicuratore. E' normalmente prevista dai contratti di assicurazione.

ASSICURATO:

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

ASSICURATORE:

la Società.

ASSICURAZIONE:

il contratto di assicurazione.

ASSICURAZIONE INFORTUNI:

l'assicurazione con la quale l'Assicuratore s'impegna a garantire all'Assicurato un indennizzo oppure il rimborso delle spese sostenute, conseguenti ad un infortunio.

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.

BENEFICIARIO:

la persona alla quale deve essere corrisposta la prestazione dell'Assicuratore qualora si verifichi l'evento assicurato.

CARENZA:

il periodo che può intercorrere tra il momento della stipulazione di un contratto di assicurazione e quello a partire dal quale la garanzia offerta dall'Assicuratore diviene concretamente efficace.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE:

le clausole di base previste da un contratto di assicurazione. Esse riguardano gli aspetti generali del contratto, quali il pagamento del premio, la decorrenza della garanzia, la durata del contratto, e possono essere integrate da condizioni speciali e garanzie opzionali.

CONDIZIONI PARTICOLARI:

l'insieme delle clausole contrattuali riguardanti nel dettaglio le condizioni alle quali le specifiche garanzie assicurative sono prestate.

CONIUGE:

il coniuge (o convivente *more uxorio*) del Contraente.

CONSUMATORE:

la persona fisica che, anche se svolge attività imprenditoriale o professionale, conclude un contratto per la soddisfazione di esigenze della vita quotidiana estranee all'esercizio di dette attività.

CONTRAENTE:

la persona fisica o giuridica che stipula il contratto di assicurazione per sé o a favore di terzi e ne assume i relativi oneri.

DANNO:

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

DATA DI EFFETTO DEL CONTRATTO:

data a partire dalla quale il contratto di assicurazione è da intendersi stipulato.

DATA DI INIZIO DELLA COPERTURA:

la data a partire dalla quale la Società si impegna a garantire le prestazioni assicurate.

DATI PERSONALI:

qualsiasi informazione concernente una persona fisica identificata o identificabile.

DENUNCIA DI SINISTRO:

comunicazione secondo le modalità previste dal contratto, che l'Assicurato deve dare all'Assicuratore a seguito di un sinistro.

DIARIA:

garanzia tipica delle assicurazioni contro i danni alla persona consistente nel versamento di una somma, da parte dell'Assicuratore, per ogni giorno d'inabilità temporanea oppure per ogni giorno di degenza in istituti di cura, conseguentemente ad infortunio o malattia.

DICHIARAZIONI PRECONTRATTUALI:

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

DIFETTO FISICO:

perdita o assenza primaria di una parte del corpo (organo o tessuto), oppure di una capacità naturale (difetto funzionale).

DIMINUZIONE DEL RISCHIO:

qualunque mutamento avvenuto successivamente 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 di ripensamento del Contraente, esercitabile nei termini previsti dalla legge dopo la stipula del contratto di assicurazione, esercitando il quale ne annulla gli effetti.

DIRITTO DI REVOCA:

diritto del Contraente di revocare la copertura assicurativa prima della Data di Effetto 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 recedere da esso.

ESTENSIONE TERRITORIALE:

lo spazio geografico entro il quale l'assicurazione opera.

FASCICOLO INFORMATIVO:

il documento che l'impresa di assicurazione è tenuta a consegnare al Contraente prima che il contratto sia stipulato, contenente la nota informativa, il glossario, l'informativa sulla Privacy e le condizioni di assicurazione.

FRANCHIGIA:

l'importo espresso in cifra fissa, percentuale o giorni che l'Assicurato tiene a suo carico e per il quale la Società non riconosce l'indennizzo.

FRANCHIGIA ASSOLUTA:

la franchigia si dice assoluta quando il suo ammontare rimane in ogni caso a carico dell'Assicurato, qualunque sia l'entità del danno subito.

FRANCHIGIA RELATIVA:

la franchigia si dice relativa quando la sua applicazione dipende dall'entità del danno subito, nel senso che se il danno è inferiore o uguale all'ammontare della franchigia l'Assicuratore non corrisponde l'indennizzo, ma se il danno è superiore, l'Assicuratore lo indennizza senza tener conto della franchigia.

IMPOSTA SULLE ASSICURAZIONI:

imposta che si applica ai premi versati dai contraenti. Essa varia dal 2,5% (polizze infortuni e malattie) sino al 22,25% (polizze incendio e furto). Tale imposta non si applica ai contratti di assicurazione sulla vita.

IMPRESA DI ASSICURAZIONE:

l'Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività di assicuratore, con la quale il Contraente stipula il contratto di assicurazione.

INABILITÀ TEMPORANEA:

l'incapacità fisica, totale o parziale, ad attendere alle proprie occupazioni per una durata limitata nel tempo.

INDENNIZZO/RIMBORSO:

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

INFORTUNIO:

evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili le quali abbiano per conseguenza la morte, una invalidità permanente oppure una inabilità temporanea.

INVALIDITÀ PERMANENTE:

la perdita definitiva, anatomica o funzionale, di organi o arti o parte di questi.

ISVAP:

l'Istituto di Vigilanza sulle Assicurazioni Private e di interesse collettivo dal 1° gennaio 2013 sostituito dall'IVASS.

IVASS:

l'Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni istituito con decreto legge 6 luglio 2012 n. 95, convertito con legge 7 agosto 2012 n. 135 che dal 1° gennaio 2013 è succeduto in tutti i poteri, funzioni e competenze dell'ISVAP. L'Istituto opera sulla base di principi di autonomia organizzativa, finanziaria e contabile, oltre che di trasparenza ed economicità, per garantire la stabilità e il buon funzionamento del sistema assicurativo e la tutela dei consumatori.

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.

MALATTIA:

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio.

MARGINE DI SOLVIBILITÀ:

misura il patrimonio disponibile dell'Impresa di assicurazioni al netto di quella parte che per legge deve essere accantonata a copertura degli impegni assunti nei confronti degli assicurati. Rappresenta il patrimonio disponibile in eccesso rispetto a quanto sarebbe strettamente richiesto.

MASSIMALE:

somma massima liquidabile dall'Assicuratore a titolo di risarcimento del danno. E' in genere prevista tutte le volte in cui si desidera porre un limite al valore assicurabile oppure nei casi in cui non sia possibile identificare a priori il bene assicurato e quindi il suo valore.

NOTA INFORMATIVA:

documento che l'Assicuratore deve consegnare al Contraente prima della stipula del contratto di assicurazione contenente le informazioni relative all'Impresa di assicurazione e al contratto stesso, previste dalla normativa vigente.

PERIODO DI ASSICURAZIONE:

periodo di tempo per il quale opera la garanzia assicurativa a condizione che sia stato pagato il premio corrispondente.

PERITO:

il libero professionista normalmente incaricato dall'Impresa di assicurazione, di stimare l'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 l'assicurazione.

POLIZZA COLLETTIVA:

il contratto di assicurazione stipulato da un Contraente nell'interesse di più Assicurati ed il cui premio viene addebitato ad ogni Assicurato.

POLIZZA CUMULATIVA:

la polizza in cui Assicurato e Contraente non si identificano in un unico soggetto, indipendentemente dal numero delle persone assicurate ed il cui premio non viene addebitato ad ogni Assicurato.

PREMIO:

la somma dovuta dal Contraente a fronte del pagamento della quale vengono fornite dalla Società le garanzie e le prestazioni.

PRESCRIZIONE:

estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso. I diritti nascenti dal contratto di assicurazione si prescrivono nel termine di due anni.

PRESTAZIONI ASSICURATE:

vedi anche "condizioni particolari", cioè l'insieme delle clausole contrattuali riguardanti nel dettaglio le condizioni alle quali le specifiche garanzie assicurative sono prestate.

PRINCIPIO INDENNITARIO:

principio fondamentale nelle assicurazioni contro i danni. 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 fonte di guadagno.

PROVVIGIONE:

il compenso che l'Assicuratore deve all'intermediario, qualora previsto, per l'attività svolta. Esso è normalmente definito in una percentuale del premio, al netto delle imposte, corrisposto dal Contraente.

QUESTIONARIO ANAMNESTICO:

il documento che descrive lo stato di salute dell'Assicurato secondo le dichiarazioni da lui rilasciate ai sensi degli Artt. 1892, 1893, 1894 c.c. e che forma parte integrante della polizza.

QUIETANZA:

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

RICORRENZA ANNUALE:

ogni anniversario di polizza, calcolato in 12 mesi dalla Data di Effetto del Contratto.

RISCHI ESCLUSI:

sono quelli per i quali non è operante la garanzia prestata dall'Assicuratore. I rischi esclusi sono dettagliatamente elencati in apposite clausole del contratto di assicurazione.

RISCHIO:

la probabilità che si verifichi il sinistro.

RISERVE:

sono somme 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 che ha corrisposto un indennizzo di rivalersi su colui che ha arrecato il danno.

SCOPERTO:

la percentuale della somma liquidabile a termini di polizza che rimane a carico dell'Assicurato per ciascun sinistro.

SINISTRO:

il verificarsi del fatto dannoso per il quale è prestata l'assicurazione.

SOCIETÀ:

Amissima Assicurazioni S.p.A..

SOMMA ASSICURATA:

l'importo in relazione al quale l'Impresa di assicurazione si impegna a fornire la propria prestazione.

SOPRASSICURAZIONE:

soprassicurazione è quando la somma assicurata è superiore al valore del bene oggetto di assicurazione.

SOTTOASSICURAZIONE:

sottoassicurazione è quando la somma assicurata è inferiore al valore del bene oggetto di assicurazione.

SURROGA:

la facoltà dell'Assicuratore di sostituirsi all'Assicurato indennizzato in una richiesta risarcitoria qualora il danno sia stato causato da un terzo. E' possibile prevedere nel contratto la rinuncia alla surroga da parte dell'Assicuratore lasciando così impregiudicato il diritto del danneggiato di rivalersi su colui che ha arrecato il danno.

UNIONE EUROPEA:

tutti i Paesi riconosciuti membri dell'Unione Europea.

RELATIVAMENTE ALLA GARANZIA DENTARIA:**ADESIONE:**

l'adesione del Contraente al contratto di assicurazione.

ANNO ASSICURATIVO:

periodo continuativo di 12 mesi in cui l'assicurazione è efficace, il primo dei quali inizia alle ore 24 della Data di Decorrenza.

BUDGET CURE DENTARIE:

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. Il Budget Cure Dentarie è diviso in 2 sezioni ed include le prestazioni coperte dall'Assicurazione e prestazioni non assicurate.

CARENZA:

periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale l'efficacia delle coperture assicurative è sospesa. Qualora l'evento assicurativo avvenga in tale periodo la Compagnia non corrisponde la prestazione assicurata.

CENTRO ODONTOIATRICO CONVENZIONATO:

struttura odontoiatrica composta da uno o più medici odontoiatri professionisti appartenente al Network.

CERTIFICATO DI POLIZZA:

il documento emesso dalla Società ed intestato al Contraente, che prova la copertura assicurativa da sottoscrivere a cura del Contraente.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE:

il documento che riporta i termini e le condizioni alle quali è prestata la copertura assicurativa.

DATA DI DECORRENZA:

la data indicata sul Certificato di Polizza dalla quale le coperture sono efficaci.

DENTISTA:

il medico odontoiatra abilitato all'esercizio della professione in Italia e, se all'estero, il medico odontoiatra iscritto presso il competente ordine professionale.

DENTISTA DEL NETWORK:

il medico odontoiatra che aderisce al Network.

DIFETTO FISICO:

l'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.

DIRITTO DI RECESSO:

diritto del Contraente di recedere dal contratto di assicurazione e farne cessare gli effetti.

EMERGENZA ODONTOIATRICA:

qualsiasi evento imprevisto e improvviso che causi dolore tale da richiedere cure o prestazioni odontoiatriche urgenti coperti dalla presente assicurazione. Tali eventi sono esclusivamente da riferirsi ad infezioni, ascessi, carie, pulpiti, infiammazioni o emorragie.

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.

INFORTUNIO:

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

MALATTIA:

ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non conseguente ad infortunio.

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).

MASSIMALE:

la somma massima, stabilita in polizza, fino alla concorrenza della quale la Società si impegna a prestare le garanzie e/o la prestazione prevista in caso di intervento fuori network.

MODULO DI RIMBORSO:

documento predisposto dalla Compagnia e compilato dal medico odontoiatra che ha eseguito le cure che deve essere inviato alla Società di Servizi in allegato alla fattura in caso di trattamento indiretto con rimborso delle spese. Esso contiene le prestazioni odontoiatriche eseguite e i dati bancari per il rimborso ed è sottoscritto dall'Assicurato.

NETWORK:

rete convenzionata con la Società di Servizi costituita da strutture odontoiatriche e da medici odontoiatri abilitati all'erogazione di prestazioni odontoiatriche.

NUCLEO:

costituiscono il nucleo familiare esclusivamente il coniuge o il convivente more uxorio, i figli, anche se non conviventi, compresi i figli naturali legalmente riconosciuti, i figli nati dal precedente matrimonio del coniuge, i minori legalmente affidati o adottati.

PAGAMENTO DIRETTO O DIRETTA:

modalità di liquidazione della Prestazione da parte della Compagnia mediante accollo, autorizzato all'Assicurato e convenuto con il Network, del costo dei trattamenti odontoiatrici fruiti dall'Assicurato stesso.

PAGAMENTO INDIRETTO O INDIRETTA O RIMBORSO:

modalità di liquidazione della Prestazione da parte della Compagnia con rimborso all'Assicurato fino al raggiungimento dell'importo massimo previsto per ogni prestazione come da Tabella Prestazioni riportato all'Art. 3 Elenco delle Prestazioni.

PATOLOGIA PREESISTENTE:

ogni condizione che prima della data di decorrenza della polizza si sia manifestata, acuitizzata o che abbia richiesto l'assunzione di medicinali, o abbia fatto sottoporre l'Assicurato alle cure di un medico.

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE COPERTE:

l'elenco delle prestazioni e degli interventi odontoiatrici coperti dalla presente assicurazione, classificati per tipologia, con l'indicazione, per gli interventi effettuati con pagamento indiretto a rimborso, del massimale corrispondente.

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.

SCHEDA ANAMNESTICA:

documento, predisposto dalla Società di Servizi, compilato e sottoscritto dal medico odontoiatra che ha in cura l'Assicurato, che riepiloga lo stato di salute della bocca dell'Assicurato. La Scheda anamnestica deve essere inviata alla Società di Servizi in occasione della prima richiesta di liquidazione della Prestazione, nella modalità sia di Pagamento Diretto sia di rimborso delle spese sostenute.

SOCIETÀ DI SERVIZI:

SIGMA DENTAL EUROPE SA, alla quale la Compagnia ha affidato la gestione delle prestazioni previste ai sensi di polizza e che provvede a stipulare gli accordi di convenzionamento con le strutture odontoiatriche ai fini del loro accesso al Network.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA:

struttura operativa coordinata dalla Società di Servizi deputata alla gestione delle informazioni relative ai trattamenti ed alle prestazioni previste dall'Assicurazione, al collegamento col Network ed al supporto dell'Assicurato.

TABELLA DELLE PRESTAZIONI:

tabella riepilogativa delle prestazioni odontoiatriche previste dalla presente assicurazione, con l'indicazione dell'importo massimo rimborsabile.

Informativa Privacy

Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/03

“CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI”

Secondo quanto previsto dal D. LGS 196/2003 “Codice in materia di protezione dei dati personali” che reca disposizioni sulla tutela della persona e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali (d’ora innanzi “il Decreto Legislativo”), AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A. intende informarla in merito ai punti sotto indicati.

1. FONTE E NATURA DEI DATI PERSONALI

I dati personali in possesso della Società sono raccolti presso di Lei, ad esempio in occasione della stipule di un contratto. I dati personali raccolti dalla Società possono eventualmente includere anche quei dati che il Decreto Legislativo definisce “sensibili”: tali sono i dati relativi allo stato di salute, alle opinioni religiose, ovvero all’adesione a sindacati, partiti politici e a qualsivoglia organizzazione o associazione.

2. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

I dati personali sono trattati nell’ambito della normale attività della Società, in relazione alle seguenti finalità:

- A) connesse all’adempimento di obblighi previsti da leggi, regolamenti e dalla normative comunitaria, nonché disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla legge e da organi di vigilanza e di controllo (es.: UIC; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile);
- B) di preventivazione, di conclusione, gestione ed esecuzione dei contratti, di gestione e liquidazione dei sinistri attinenti esclusivamente all’esercizio dell’attività assicurativa e riassicurativa, a cui la Società è autorizzata ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- C) di informazione e promozione commerciale, non strettamente legate con i servizi che La riguardano, ma utili per migliorarli e per conoscere nuovi servizi offerti dalla Società e dai soggetti di cui al successivo punto 4), lettera c). Tali comunicazioni verranno effettuate con strumenti tradizionali (telefono e posta) o automatizzati (posta elettronica, sms, MMS, fax, social media) fermo restando che l’interessato può esprimere il suo consenso limitatamente al solo canale tradizionale o automatizzato di profilazione ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi e sulla soddisfazione dei clienti.

3. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei Suoi dati personali è effettuato a mezzo di strumenti informatici, telematici e/o manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità sopra indicate e con l’adozione delle misure necessarie ed adeguate per garantirne la sicurezza e la riservatezza.

4. COMUNICAZIONE A TERZI DEI SUOI DATI PERSONALI

In relazione alle attività svolte da AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A. può essere necessario comunicare i Suoi dati a soggetti terzi; più precisamente possono essere necessarie le seguenti tipologie di comunicazione dipendenti dalle diverse attività svolte dalla nostra Società:

- a) Comunicazioni obbligatorie: sono quelle comunicazioni che la Società è tenuta ad effettuare in base a leggi, regolamenti, normative comunitaria, o disposizioni impartite dalle diverse Autorità preposte come IVASS, Ministero delle Attività Produttive, CONSAP, UCI, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale, altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria, ad esempio: Ufficio Italiano Cambi; Casellario Centrale Infortuni; Motorizzazione Civile e dei Trasporti in concessione; Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie: (INPS, Anagrafe Tributaria, Consorzi agricoli di difesa dalla grandine e da altri eventi naturali) Magistrature; Forze dell’ordine (P.S., C.C., G.d.F., W.UU.); organismi associativi ANIA e consortili propri del settore assicurativo, quali: Comitati delle Compagnie di Assicurazioni Marittime; CARD; Pool Rischi Atomici; Pool Handicappati; Pool R.C. Inquinamento; ANADI; CIAA; ULAV.
- b) Comunicazioni strettamente connesse al rapporto intercorrente: rientrano in questa tipologia le comunicazioni necessarie per la conclusione di nuovi rapporti contrattuali e/o per la gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere, con ad esempio società di servizi preposte alla lavorazione delle diverse tipologie di dati, sempre nei limiti necessari per l’esecuzione della prestazione richiesta; soggetti appartenenti al settore assicurativo, quali assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, agenti, subagenti, produttori di agenzia, mediatori di assicurazione ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio: banche e SIM); legali, periti, società di servizi a cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, autofficine, centri di demolizione: di autoveicoli, società di servizi

per il quietanzamento, società di servizi informatici o di archiviazione, società di revisione, società di informazione commerciale per rischi finanziari, società di servizi per il controllo delle frodi, società di recupero crediti; società di servizi postali.

Le chiediamo di esprimere il Suo consenso alla comunicazione dei dati alle categorie di soggetti indicati alle lettere a) e b) del presente punto, in relazione al le finalità di cui al punto 2, lettere A) e B) dell'informativa stessa.

- c) Comunicazioni strumentali all'attività della ns. Società: é ns. obiettivo migliorare la qualità dei ns. servizi; a tal fine può essere indispensabile fornire i Suoi dati personali a Società che collaborano con AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A., ad esempio le società del Gruppo Assicurativo AMISSIMA, società controllanti, collegate, correlate, ed altri soggetti che possano offrire servizi di qualità alla ns. Clientela. Tali soggetti utilizzeranno i dati comunicati in qualità di "Titolari" autonomi del trattamento.

Per consentirci di poterle offrire servizi sempre migliori ed aderenti alle Sue necessità, Le chiediamo di esprimere il Suo consenso al trattamento dei dati e alla comunicazione ai soggetti sopra indicati di cui alla lettera c), in relazione alle finalità di cui al punto 2, lettera C) della presente informativa. Un eventuale diniego non pregiudica il rapporto giuridico, ma preclude opportunità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale da parte della ns. Società e delle Società che collaborano con noi.

5. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali acquisiti non sono oggetto di diffusione.

6. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

Nello svolgimento della propria attività, la Società si avvale anche di soggetti situati all'estero per effettuare le attività relative alla Riassicurazione. In ogni caso, non è previsto trasferimento all'estero di Suoi dati in relazione alle finalità di cui al precedente punto 2, lettera C).

7. DIRITTI DI CUI ALL'ART. 7 del D. LGS 196/2003 (DIRITTI DELL'INTERESSATO)

La informiamo che l'Art. 7 del Codice conferisce ad ogni Interessato taluni specifici diritti, e in particolare:

- di ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza dei Suoi dati personali e la comunicazione in forma intelligibile dei dati stessi;
- di conoscere l'origine dei dati, nonché la logica e le finalità su cui si basa trattamento;
- di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati;
- di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
- di opporsi al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

8. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

- Titolare del trattamento dei dati personali è AMISSIMA ASSICURAZIONI S.p.A., con sede in Viale Certosa, 222 – 20156 Milano - nella persona del Legale Rappresentante pro tempore.
- Il Responsabile del trattamento dei dati è il Responsabile della Privacy, il cui nominativo è depositato presso la Sede della Società e presso l'Ufficio del Garante.
- Le richieste di cui all'Art. 7 del Decreto Legislativo vanno indirizzate per iscritto al Responsabile della Privacy presso la Sede della Società. Infine, i Suoi dati personali possono essere conosciuti dai dipendenti e dai collaboratori esterni della Società in qualità di incaricati del trattamento (autorizzati quindi formalmente a compiere operazioni di trattamento dal titolare o dal responsabile).

Condizioni Generali di Assicurazione

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 OGGETTO DELL'ASSICURAZIONE

La Società nei limiti ed alle condizioni di cui alle presenti Condizioni di Assicurazione, riconosce all'Assicurato il pagamento diretto o il rimborso per le spese sostenute a seguito di Emergenza Odontoiatrica e di Prevenzione Odontoiatrica come riportato nella Tabella Prestazioni Odontoiatriche al successivo Art. 3 Elenco delle Prestazioni.

Per l'operatività della presente assicurazione, sia con pagamento diretto che con pagamento indiretto, è condizione indispensabile che l'Assicurato si rivolga preventivamente alla Società di Servizi per l'ottenimento della necessaria autorizzazione, pena il decadimento del diritto all'accettazione del pagamento diretto o al rimborso della prestazione. La Società di Servizi è a disposizione dell'Assicurato 24 ore su 24.

Eventuali dichiarazioni false o reticenti rese dal Contraente possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione, ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 c.c..

Art. 2 PERSONE ASSICURABILI

Assicurato è il Contraente, il quale potrà indicare i soggetti appartenenti al suo Nucleo familiare quali ulteriori Assicurati per i rischi coperti dall'Assicurazione.

Art. 3 ELENCO DELLE PRESTAZIONI

La presente polizza garantisce all'Assicurato le prestazioni Emergenza Odontoiatrica e Prevenzione Odontoiatrica sia con pagamento diretto che a rimborso (pagamento indiretto), limitatamente alle prestazioni elencate nelle tabelle ai successivi Artt. 3.1 e 3.2.

Art. 3.1. Tabella prestazioni Emergenza Odontoiatrica

Codice	Descrizione	Cure eseguite in forma diretta (in rete)	Cure eseguite in forma indiretta (fuori rete)	Periodi di carenza
SD01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	Prestazioni gratuite per l'Assicurato. Il costo rimane al carico della Società di Assicurazione.	Euro 16,50	30 giorni
SD02	Radiografia per 1 o 2 denti congiunti o Endorale per due elementi vicini		Euro 16,50	
SD03	Radiografia per monitorare la cura iniziata		Euro 12,75	
SD12	Otturazione per carie semplice Cavità di I e V Classe di Black		Euro 30,00	
SD13	Otturazione per carie profonde Cavità di II Classe Black due pareti		Euro 52,50	
SD17	Ricostruzione coronale in amalgama a più cuspidi		Euro 71,25	
SD18	Ricostruzione coronale in composito - colore dente		Euro 90,00	
SD30	Estrazione semplice di dente o radice		Euro 22,50	
SD37	Reinserimento di dente avulso		Euro 60,00	
SD54	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione monocalare		Euro 52,50	
SD55	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione bicanalare		Euro 82,50	
SD56	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione tricanalare		Euro 120,00	
SD57	Medicazioni canalari e sedute per apacificazione		Euro 26,25	
SD94	Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica	Euro 30,00		

Art. 3.2. Tabella prestazioni Prevenzione Odontoiatrica

Codice	Descrizione	Cure eseguite in forma diretta (in rete)	Cure eseguite in forma indiretta (fuori rete)	Periodi di carenza
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	Prestazioni gratuite per l'Assicurato. Il costo rimane al carico della Società di Assicurazione.	Euro 10,00	90 giorni
SD08	Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curettaggio manuale superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale e igiene orale		Euro 41,25	
SD11	Assorbimento di fluoro nello smalto (lucidatura); applicazioni topiche oligoelementi		Euro 15,00	

L'Assicurato ha piena libertà di scegliere se eseguire le prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica o Emergenza Odontoiatrica presso una delle strutture convenzionate appartenenti al Network, oppure presso una struttura non appartenente al Network.

Qualora l'Assicurato scelga una struttura in Network con pagamento diretto, le prestazioni saranno erogate:

- **senza preventivo esborso di denaro** da parte dell'Assicurato;
- **con pagamento diretto** della prestazione dalla Società alla struttura o medico odontoiatra convenzionata con il Network;
- **senza limiti nella frequenza di utilizzo** (ad eccezione delle prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica che possono essere eseguite 2 volte ogni 12 mesi);
- **con massimale illimitato.**

Qualora l'Assicurato scelga una struttura fuori Network con pagamento indiretto, la Società rimborserà la spesa sostenuta dall'Assicurato nel limite dell'importo indicato nella colonna "indiretta" di cui alla Tabella Prestazioni Odontoiatriche fino al massimale di **Euro 1.000,00** per persona per anno assicurativo.

Art. 4 PRENOTAZIONE VISITA ODONTOIATRICA

L'Assicurato, in caso di Emergenza Odontoiatrica, ha l'**obbligo di contattare la Società di Servizi per prenotare e far organizzare la visita odontoiatrica presso una struttura convenzionata appartenente al Network**, in una data che soddisfi le esigenze dell'Assicurato stesso e della Struttura o Medico odontoiatra convenzionato.

Art. 5 SERVIZI GRATUITI

La Società tramite la Società di Servizi garantisce all'Assicurato, durante tutto il periodo di validità della copertura assicurativa, l'applicazione da parte del Network di tariffe agevolate per i trattamenti odontoiatrici forniti ma non compresi nell'Assicurazione.

Le tariffe convenzionate aggiornate alla data di emissione della presente polizza sono quelle riportate nel "TARIFFARIO" allegato al presente fascicolo informativo.

Per ogni informazione, l'Assicurato può inviare una mail al seguente indirizzo: informazioni@sigmadental.it.

Art. 6 REQUISITI PER L'OPERATIVITÀ DELLE PRESTAZIONI

Le prestazioni oggetto della presente polizza sono garantite a condizione che:

- siano tra quelle incluse nell'Art. 3 - Elenco delle prestazioni - e nelle Tabelle delle Prestazioni di Emergenza Odontoiatrica e Prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica;
- siano state rese necessarie da una patologia insorta dopo la Data di Decorrenza della polizza;
- siano state preventivamente autorizzate dalla Società di Servizi, in base alla procedura dettagliata all'Art. 14 - Attivazione della copertura;
- siano state giudicate necessarie da un dentista;
- vengano effettuate in una struttura autorizzata all'erogazione delle prestazioni sanitarie odontoiatriche secondo le disposizioni di legge vigenti nel Paese.

Art. 7 PERIODO DI CARENZA

La garanzia per ciascun Assicurato decorre trascorsi i seguenti periodi di carenza:

- per le Prestazioni di Emergenza Odontoiatrica, indicate all'Art. 3.1 viene stabilito un periodo di carenza assoluta iniziale di **30 (trenta) giorni**,
 - per le Prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica, indicate all'Art. 3.2 viene stabilito un periodo di carenza assoluta iniziale di **90 (novanta) giorni**,
- dalla Data di Decorrenza per ciascun Assicurato, indicata sul Certificato di polizza.

Art. 8 LIMITE DI ETÀ

L'età massima per l'adesione alla presente polizza è fissata nel 70° (settantesimo) anno di età compiuto. Resta stabilito che la copertura assicurativa cesserà automaticamente alla ricorrenza annuale immediatamente successiva al compimento del 75° (settantacinquesimo) anno di età dell'Assicurato.

Art. 9 PERSONE NON ASSICURABILI

La garanzia assicurativa non è operativa per le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, sieropositività H.I.V. o sindromi collegate. Resta precisato che, qualora tali condizioni si manifestino nel corso del contratto, l'assicurazione stessa cessa, indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato, a norma dell'Art. 1898 c.c., senza obbligo della Società di corrispondere l'indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, la Società rimborsa al Contraente - ove richiesto - la parte di premio non goduta, con esclusione delle imposte governative.

Art. 10 ESCLUSIONI GENERALI

Restano esclusi dalla garanzia di polizza i seguenti casi:

- a) trattamenti e prestazioni odontoiatriche non effettuate da medici odontoiatri professionisti regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
- b) trattamenti conseguenti a malattie, stati patologici, difetti fisici e anomalie congenite o comunque preesistenti, nonché tutti i trattamenti e le prestazioni iniziati o resisi necessari prima della sottoscrizione dell'Assicurazione o successivamente alla data di scadenza;
- c) le conseguenze di Infortuni occorsi precedentemente e successivamente alla data di sottoscrizione dell'Assicurazione nonché durante l'efficacia del contratto;
- d) cura o trattamento medico odontoiatrico che non corrisponde alla definizione di emergenza o prevenzione odontoiatrica, nonché tutti i trattamenti e le prestazioni odontoiatriche non compresi nell'Elenco Prestazioni di cui al precedente Art. 3 e successivi Artt. 3.1 e 3.2;
- e) prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;
- f) estrazioni di denti decidui (da latte);
- g) malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- h) le conseguenze di atti violenti o aggressioni in cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- i) stati patologici correlati direttamente o indirettamente all'H.I.V. e a qualsiasi malattia che abbia relazione con l'H.I.V.;
- j) qualsiasi prestazione medica relativa a denti mancanti alla Data di Decorrenza della polizza;
- k) interventi che richiedano anestesia generale o sedazione totale.

Art. 11 PREMIO DELL'ASSICURAZIONE

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

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 30° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'Art. 1901 c.c..

I premi devono essere pagati all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art. 12 DECORRENZA, DURATA E CESSAZIONE DELLE GARANZIE

Le garanzie assicurative decorrono dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza riportata nel certificato di polizza.

La copertura assicurativa ha una durata annuale e, alla scadenza, si rinnova tacitamente di anno in anno, ove il Contraente o la Società non abbiano manifestato la propria volontà di disdetta. La disdetta potrà essere effettuata dal Contraente a mezzo di lettera raccomandata A/R ad **Amissima Assicurazioni S.p.A., Viale Certosa, 222 – 20156 – Milano (MI)** o all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure a mezzo di P.E.C. della Società all'indirizzo disdette@pec.amissima.it almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Anno Assicurativo, ovvero delle successive scadenze annuali.

La Società potrà esercitare il proprio diritto di disdetta a mezzo di lettera raccomandata A/R da inviarsi all'indirizzo indicato dal Contraente sul Modulo di Polizza almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Anno Assicurativo.

Art. 13 DIRITTO DI RECESSO

Il Contraente può recedere dall'Assicurazione entro 30 (giorni) giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione alla Società a mezzo di lettera raccomandata A/R, fax o P.E.C. ai recapiti di cui all'Art. 12.

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative dalla Data di Decorrenza, precludendo pertanto all'origine il decorso e l'efficacia delle coperture offerte dalla Società, la quale non sarà tenuta a corrispondere alcun Indennizzo per i fatti occorsi fino al momento del recesso. La Società provvederà alla restituzione del premio pagato e non goduto al netto delle imposte assicurative di legge.

La denuncia di Sinistro, in pendenza del termine di recesso, implica la rinuncia al diritto medesimo.

Non è altresì previsto il recesso in caso di sinistro.

Gestione del sinistro e attivazione dei servizi

Art. 14 ATTIVAZIONE DELLA COPERTURA

Qualora l'Assicurato necessiti di usufruire delle prestazioni di cui all'Art. 3, sia in forma diretta che indiretta a rimborso, **ha l'obbligo di contattare preventivamente la Struttura organizzativa al numero verde 00800.36.36.38.38**, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 19.00 attraverso il quale riceverà le informazioni relative alle coperture, alla modalità di attivazione delle prestazioni e di denuncia del Sinistro.

La Struttura organizzativa offre altresì un servizio di presa appuntamenti disponibile h24.

Art. 15 TRATTAMENTI PRESSO IL NETWORK CON PAGAMENTO DIRETTO

Nel caso in cui l'Assicurato intenda sottoporsi ad un trattamento compreso nel pacchetto assicurativo presso il Network, tramite dunque Pagamento Diretto, egli deve contattare la Struttura organizzativa che si occuperà di fissare l'appuntamento presso uno dei Centri Odontoiatrici convenzionati.

Durante la prima visita sarà richiesto all'Assicurato di sottoscrivere il proprio Budget Cure Dentarie per l'approvazione pre-trattamenti, sia per le prestazioni incluse nel pacchetto assicurativo sia per quelle extra-assicurazione e la Scheda anamnestica odontoiatrica. La documentazione sottoscritta dall'Assicurato ai fini del pagamento diretto comprenderà anche un'autocertificazione con la quale l'Assicurato stesso attesta di essere, alla data del sinistro, componente del Nucleo Familiare come indicato dal Contraente in sede di sottoscrizione della copertura assicurativa.

I trattamenti e le prestazioni non compresi nel pacchetto assicurativo a disposizione dell'Assicurato verranno fatturate direttamente al paziente applicando delle tariffe agevolate come specificato all'Art. 5.

Art. 16 TRATTAMENTI AL DI FUORI DEL NETWORK CON RIMBORSO DELLE SPESE

Nel caso in cui l'Assicurato intenda sottoporsi ad un trattamento compreso nel pacchetto assicurativo presso medici odontoiatri non facenti parte del Network, tramite dunque rimborso delle spese sostenute nei limiti di quanto stabilito nelle condizioni di assicurazione, egli deve contattare la Struttura organizzativa indicando il tipo di prestazione richiesta (Prevenzione, Trattamenti odontoiatrici resi necessari Emergenza Odontoiatrica) e fornendo le generalità per il contatto del medico odontoiatra che eseguirà le prestazioni.

Il pagamento di tali prestazioni è a carico, in tal caso, dell'Assicurato, il quale dovrà richiedere tempestivamente, con le modalità che seguono, il relativo rimborso.

Ai fini della liquidazione del Sinistro dovrà essere inviata, con raccomandata A/R, alla Società di Servizi, presso la **casella postale 340 intestata a Sigma Dental Europe c/o Mailboxes via Bizzozzero n° 9 – 21100 Varese** la richiesta di rimborso corredata dalla seguente documentazione:

- Scheda anamnestica compilata dal proprio dentista e controfirmata dal dentista e dal paziente. La scheda anamnestica deve essere compilata solo in occasione della prima attivazione della polizza;
- Modulo di rimborso che per la parte riferita alle prestazioni dovrà essere compilato e controfirmato dal dentista (comprensiva di autocertificazione con la quale l'Assicurato attesta di essere, alla data del sinistro, componente del Nucleo Familiare come indicato dal Contraente in sede di sottoscrizione della copertura assicurativa);
- Fattura in originale con il dettaglio di ogni singola prestazione e relativi costi unitari;
- Evidenze cliniche (radiografie, ecc.).

In alternativa alla raccomandata, la richiesta di rimborso potrà essere inviata al seguente indirizzo mail: **rimborsi@sigmadental.it**.

La "Scheda anamnestica" ed il "Modulo di rimborso" saranno trasmessi dalla Struttura organizzativa all'Assicurato o, su richiesta di quest'ultimo, direttamente al medico odontoiatra.

La Società di Servizi provvederà a rimborsare all'Assicurato le spese sostenute nei limiti di quanto stabilito nel pacchetto assicurativo a sua disposizione entro i primi 15 giorni del mese successivo al ricevimento della documentazione completa.

Art. 17 PRESTAZIONI DALL'ESTERO

Qualora l'Assicurato, durante una permanenza all'estero, necessiti di usufruire delle prestazioni di cui all'Art. 3, dovrà contattare la Struttura organizzativa al numero **+41916975400** per segnalare la necessità di una visita odontoiatrica comunicando l'apertura della pratica fornendo il nome ed i dettagli di contatto del dentista fuori network che seguirà le prestazioni.

La Società di Servizi fornirà al paziente tutta la documentazione nella lingua di riferimento del dentista.

Il pagamento dei trattamenti a cui eventualmente si sia sottoposto è a carico dell'Assicurato, il quale potrà richiedere per iscritto a con le modalità che seguono il relativo rimborso.

Ai fini della liquidazione del sinistro dovrà essere inviata, con raccomandata A/R, alla Società di Servizi, presso la **casella postale 340 intestata a Sigma Dental Europe c/o Mailboxes via Bizzozzero n° 9 – 21100 Varese** la richiesta di rimborso corredata dalla seguente documentazione:

- Scheda anamnestica compilata dal proprio dentista e controfirmata dal dentista e dal paziente, solo in occasione della prima attivazione della polizza, pertanto solo se la polizza non è mai stata attivata precedentemente;
- Modulo di rimborso che per la parte riferita alle prestazioni dovrà essere compilato e controfirmato dal dentista (comprensivo di autocertificazione con la quale l'Assicurato attesta di essere, alla data del sinistro, componente del Nucleo Familiare come indicato dal Contraente in sede di sottoscrizione della copertura assicurativa);
- Fattura in originale con il dettaglio di ogni singola prestazione e relativi costi unitari;
- Evidenze cliniche (radiografie, ecc.).

In alternativa alla raccomandata, la richiesta di rimborso potrà essere inviata al seguente indirizzo mail: **rimborsi@sigmadental.it**.

La "Scheda anamnestica" ed il "Modulo di rimborso" saranno trasmessi dalla Struttura organizzativa all'Assicurato o, su richiesta di quest'ultimo, direttamente al medico odontoiatra.

La Società di Servizi provvederà a rimborsare all'assicurato le spese sostenute nei limiti di quanto stabilito nel pacchetto assicurativo a sua disposizione entro i primi 15 giorni del mese successivo al ricevimento della documentazione completa.

Per le spese sostenute all'estero, i rimborsi vengono eseguiti in Italia, con moneta in corso in Italia, al cambio medio - ricavato dalle quotazioni dell'Ufficio Italiano Cambi – della settimana in cui la spesa è stata sostenuta.

Art. 18 OBBLIGHI DELL'ASSICURATO - DECADENZA

Nel caso di Trattamenti al di fuori del Network/Indiretta con rimborso delle spese ai sensi dell'Art. 16 oppure di Prestazioni all'estero di cui all'Art. 17, è fatto obbligo all'Assicurato di contattare la Struttura organizzativa come indicato. In mancanza, il Sinistro dovrà essere denunciato per iscritto alla Compagnia entro e non oltre 4 (quattro) mesi dalla data di scadenza dell'Anno Assicurativo in cui si è verificato il Sinistro.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare, se doloso, la perdita del diritto al rimborso delle Prestazioni ovvero, negli altri casi, la sua riduzione.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società di Servizi, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

Art. 19 CONTROVERSIE - ARBITRATO IRRITUALE

Le controversie di natura medica possono essere demandate per iscritto ad un Collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo ove deve riunirsi il Collegio dei Medici.

Il Collegio medico, risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato. Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e competenze per il terzo medico.

È data facoltà al Collegio medico di rinviare, ove ne riscontri l'opportunità, l'accertamento definitivo della Invalidità Permanente ad epoca da definirsi dal Collegio stesso, nel qual caso il Collegio può intanto concedere una provvisoria sull'indennizzo.

Tariffario

PRESTAZIONI GENERALI	Descrizione	Codice		Tariffa in EURO
	Esame Clinico	SD00		-
Anestesia	Anestesia locale	SD01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	22,00
Radiologia	Radiografia per 1 o 2 denti congiunti	SD02	Endorale per due elementi vicini	22,00
	Radiografia per monitorare la cura iniziata	SD03	Per ogni radiogramma endorale aggiuntivo	17,00
Ortopantomografia	Radiografia totale delle 2 arcate	SD04	Radiologia 2 arcate	45,00
Teleradiografia	Radiografia del cranio	SD05	Teleradiografia del cranio	45,00
Diga	Membrana protettiva della cavità orale	SD06	Posizionamento e rimozione Diga	20,00
Rilievo impronte	Impronte in gesso delle arcate	SD07	Rilievo impronte + modelli studio per 2 arcate	42,00
Pulizia della bocca	Detartrasi+lezione per il mantenimento dell'igiene orale	SD08	Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curettaggio manuale superficiale	55,00
Curettaggio	Detartrasi sottogengivale per quarto di bocca	SD09	Ablazione del tartaro profonda (una seduta per quadrante)	45,00
Curettaggio in anestesia	Detartrasi profonda in anestesia	SD10	Ablazione del tartaro profonda in anestesia locale compresa anestesia	135,00
Ionofluorizzazione	Assorbimento di fluoro nello smalto o lucidatura	SD11	Applicazioni topiche oligoelementi - 2 denti	20,00

CONSERVATIVA		Descrizione	Codice	Tariffa in EURO
Otturazione	Otturazione per carie semplice	SD12	Cavità di I e V Classe di Black	40,00
	Otturazione per carie profonde	SD13	Cavità di II Classe Black due pareti	70,00
		SD14	Cavità di III Classe	70,00
		SD15	Cavità di IV Classe	85,00
	Otturazione per carie complesse	SD16	Cavità di II Classe Black tre pareti	85,00
Rifacimento di parte del dente	Ricostruzione in amalgama	SD17	Ricostruzione coronale in amalgama a più cuspidi	95,00
	Ricostruzione in composito - colore dente	SD18	Ricostruzione coronale in composito	120,00
PARODONTOLOGIA		Descrizione	Codice	Tariffa in EURO
Gengivectomia	Asportazione gengive o gengive in eccesso o rimodellamento gengivale	SD19	Gengivectomia per 4 denti	145,00
Chirurgia parodontale	Interventi di piccola chirurgia su gengive ed osso alveolare	SD20	Lembo gengivale per 4 denti	245,00
		SD21	Lembo muco gengivale per 4 denti	315,00
		SD22	Chirurgia ossea resettiva con lembo di accesso	415,00
Innesti parte del dente	Interventi di chirurgia orale con sistemazione dei difetti ossei	SD23	Innesto autogeno singolo incluso lembo	440,00
		SD24	Innesto autogeno multiplo incluso lembo	485,00
		SD25	Innesto materiale biocompatibile singolo incluso lembo	520,00
		SD26	Innesto materiale biocompatibile multiplo incluso lembo	570,00
Molaggio selettivo completo	Lieve rimodellamento di alcuni denti che impediscono la corretta chiusura	SD27	Molaggio selettivo comprensivo di modelli e studio articolare completo	280,00
Splintaggio	Legatura tra denti	SD28	Legatura denti intracoronali per 4 denti	110,00
Placca di svincolo		SD29	Apparecchio in resina semovibile	275,00

CHIRURGIA	Descrizione	Codice		Tariffa in EURO
Estrazioni	Semplice	SD30	Estrazione semplice di dente o radice	30,00
	Complesse	SD31	Estrazione complicata di dente o radice	45,00
	Inclusi	SD32	Estrazione in inclusione ossea parziale	85,00
SD33		Estrazione in inclusione ossea totale	151,00	
Asportazione gengiva		SD34	Scappucciamento osteomucoso dente incluso	50,00
Apicectomia	Cura chirurgica per asportazione granuloma	SD35	Apicectomia con lembo	160,00
Rizotomia	Divisione ed asportazione di una radice	SD36		110,00
Reimpianto	Reinserimento di dente avulso	SD37	Reimpianto dentale	80,00
Piccola chirurgia orale	Modificazione dei frenuli	SD38	Frenulotomia	85,00
	Modificazione profonda frenuli	SD39	Frenulectomia	140,00
	Asportazione sporgenze ossee	SD40	Iperostosi - osteomi	155,00
	Asportazione escrescenze gengivali	SD41	Asportazione epulidi con resezione bordo con lembo	185,00
	Preparazione arcate pre protesi	SD42	Intervento pre-protetico + fornice	205,00
		SD43	Ricostruzione fornice con innesto epidermico	240,00
		SD44	Livellamento creste alveolari	105,00
		SD45	Incremento cresta alveolare con alloplastici	685,00
		SD46	Intervento per ranula	120,00
	Asportazione cisti	SD47	Asportazioni cisti mascellari	400,00
		SD48	Intervento per necrosi - osteite circos. mascellare	40,00
		SD49	Intervento per necrosi - osteite diffusa mascellare	160,00
		SD50	Sbrigliamento - incisione adenoflemmone	80,00
	Eliminazione corpi estranei	SD51	Eliminazione corpi estranei da cavità orale	205,00
		SD52	Plastiche mucose	110,00
		SD53	Plastiche mucose con lembo di rotazione	240,00

ENDODONZIA	Descrizione	Codice		Tariffa in EURO
Devitalizzazioni - asportazioni del nervo (compresa anestesia)	Monocanalare	SD54	Apertura camera pulpare+rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canale per un canale	70,00
	Bicanalare	SD55	Apertura camera pulpare+rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canale per due canali	110,00
	Tricanalare	SD56	Apertura camera pulpare+rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canale per tre canali	160,00
Medicazioni canalari - devitalizzazione	Cura farmacologica durante il trattamento	SD57	Medicazioni canalari e sedute per apacificazione	35,00

PROTESI FISSE	Descrizione	Codice		Tariffa in EURO
Elemento fisso singolo				
Preparazione	Rilievo impronte e studio delle funzionalità dell'elemento	SD58	Rilievo impronte + modelli studio 2 arcate	45,00
		SD59	Realizzazione articolatore a livelli medio	85,00
Elemento dentale	Corona oro resina (Weener)	SD60	Corona fusa in lega preziosa e resina	345,00
	Ceramiche oro platino colore dente	SD61	Corona in ceramica - lega preziosa	520,00
	Richmond	SD62	Corona in lega preziosa e cerniera + ritenzione endocanalare prefabbricata	630,00
Protesi fissa multipla				
Preparazione	Rilievo impronte e studio delle funzionalità dell'elemento	SD63	Rilievo impronte + modelli studio 2 arcate	45,00
		SD64	Realizzazione articolatore a livelli medio	85,00
Elemento intermedio	Corona oro resina (Weener)	SD65	Corona fusa in lega preziosa e resina	285,00
	Ceramiche oro platino colore dente	SD66	Corona in ceramica - lega preziosa	430,00
	Richmond	SD67	Corona in lega preziosa e cerniera + ritenzione endocanalare prefabbricata	515,00
Ponte Maryland	Falso ponte per appoggio	SD68	Maryland Brigde Splint	260,00
	Elemento protesico	SD69	Maryland Brigde per elemento sostitutivo in oro resina	260,00
		SD70	Maryland Brigde per elemento sostit in oro porcellana	345,00
Provvisorio	Elementi provvisori in attesa delle protesi definitive	SD71	Corona provvisoria giacca in resina	35,00
		SD72	Elemento portante provvisorio resina	45,00
		SD73	Corona provvisoria resina con cappa lega preziosa	80,00
Perno moncone	Struttura inserita nella radice per ricreare il moncone dentario su cui applicare la protesi	SD74	Perno moncone lega preziosa fuso	185,00
		SD75	Perno moncone lega preziosa prefabbricato	170,00
		SD76	Perno moncone prefabbricato lega non preziosa e resina composita o amalgama	70,00
Intarsi	Tecnica per la realizzazione di otturazioni	SD77	Intarsio occlusale lega preziosa	205,00
		SD78	Intarsio od - om in lega preziosa	275,00
		SD79	Intarsio mod in lega preziosa	275,00
		SD80	Onlay in lega non preziosa	275,00
		SD81	Onlay in lega preziosa	370,00
		SD82	Onlay in ceramica vetrosa	370,00
		SD83	Corona 3/4 in lega preziosa	310,00

PROTESI MOBILE	Descrizione	Codice	Tariffa in EURO	
Preparazione	Rilievo impronte + modelli di studio	SD84	Rilievo impronte + modelli studio 2 arcate	45,00
		SD85	Realizzazione articolatore a livello medio	90,00
		SD86	Ceratura diagnostica articolatore a valori individuali	280,00
Parziali	Parziali mobili in resina	SD87	Protesi mobile parziale un elemento + ganci	55,00
		SD88	Elemento aggiuntivo	35,00
		SD89	Sella libera mobile 1-2-3 molari	145,00
Scheletrato	Protesi mobile con struttura in lega metallica	SD90	Scheletrato per struttura	520,00
		SD91	Per elemento applicato	60,00
Dentiera	Protesi mobile con struttura in resina	SD92	Protesi mobile totale per arcata - denti in resina	685,00
Ribasatura	Rimodellamento della protesi	SD93	Rimodellamento della protesi per adesione arcate	145,00
Riparazione	Riparazione di fratture nella parte acrilica - cura stomatiti	SD94		40,00

ORTODONZIA	Descrizione	Codice	Tariffa in EURO	
Preparazione	Rilievo impronte + modelli di studio	SD95	Rilievo impronte + modelli studio 2 arcate	45,00
		SD96	Analisi con set-up	140,00
		SD97	Analisi gnatologica con montaggio articolatore	100,00
Radiologia	Ortopantomografia	SD98	2 arcate	45,00
	Cranio	SD99	Teleradiografia del grano	45,00
		SD100	Placca diagnostica semplice	35,00
		SD101	Placca funzionalizzata	400,00
Trattamento anomalie di Angle I + Basale, II e III + Basale		SD102	Apparecchi mobili funzionali per due arcate per anno	685,00
		SD103	Apparecchio fisso per arcata per anno	800,00
Riparazioni		SD104	Riparazione apparecchio mobile	35,00
		SD105	Riparazione apparecchio fisso per arcata	35,00
		SD106	Rifacimento apparecchio mobile	200,00
		SD107	Apparecchio contenzione per arcata per anno	320,00
		SD108	Mantenitore spazio schermo labbiale griglia linguale	260,00

IMPLANTOLOGIA	Descrizione	Codice	Tariffa in EURO	
		SD109	Vite a moncone fisso osteointegrabile	570,00
		SD110	Impianto a vite metallo biotollerabile	540,00
		SD111	Impianto a lama a moncone fisso	490,00
		SD112	Impianto a lama a moncone mobile	540,00
		SD113	Moncone Pilastro	170,00