

Polizza Rimborso Spese Odontoiatriche

Contratta per conto del

Banco di Sardegna

a favore di tutti i Dipendenti

Contraente: Casdic
Polizza n° 2017/05/2745469

Il presente FASCICOLO INFORMATIVO contenente:
- Nota Informativa, comprensiva del Glossario

Condizioni di Assicurazione



NOTA INFORMATIVA AL CONTRAENTE

La presente Nota informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'ISVAP.

Il Contraente deve prendere visione delle Condizioni di Assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

Società Reale Mutua di Assicurazioni — forma giuridica: società mutua assicuratrice, Capogruppo del Gruppo assicurativo Reale Mutua, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi.

Sede Legale e Direzione Generale: Via Corte d'Appello 11, 10122 Torino (Italia).

Recapito telefonico: +39 0114 311 111 - fax +39 0114 350 966. Sito internet: www.realemutua.it. E-mail: buongionnoreale@realemutua.it

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni a norma dell'articolo 65 del R.D.L.2910411923,n 966 REA Torino, n.9806. Iscritta al numero 1.00001 dell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione.

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Il patrimonio netto dell'Impresa è pari a 1.532 milioni di euro di cui 60 milioni di euro relativi al fondo di garanzia, e 1.472 milioni di euro relativi al totale delle riserve patrimoniali.

L'indice di solvibilità riferito alla gestione danni è pari al 500%. Tale indice 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

SCADENZA DEL CONTRATTO

Il presente contratto ha una durata di anni tre e scadrà pertanto alle ore 24.00 del 31.12.2020, ed in mancanza di disdetta spedita almeno 120 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima viene prorogata di un ulteriore triennio.

AGGIORNAMENTI NON DERIVANTI DA INNOVAZIONI NORMATIVE

Gli aggiornamenti al fascicolo informativo non derivanti da innovazioni normative sono consultabili presso il sito internet di Reale Mutua (www.realemutua.it).

3. Coperture assicurative offerte - Limitazioni ed esclusioni

Il prodotto garantisce il rimborso delle spese per prestazioni odontoiatriche rese necessarie da infortunio o malattia.

Eventuali allegati per condizioni contrattuali non rientranti nello standard del prodotto e concordate per particolari esigenze del Contraente saranno oggetto di espressa pattuizione.

La garanzia è regolamentata al punto 16 delle Condizioni di Assicurazione.

AVVERTENZA: la garanzia non copre tutti i tipi di eventi e tutte le situazioni che possono verificarsi; il contratto prevede infatti diversi limiti ed esclusioni, che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Essi sono indicati nei seguenti punti: 8 "decorrenza dell'assicurazione-pagamento dei premi", 17 "esclusioni", 18 "persone non assicurabili", 19 "oneri in caso di sinistro", nonché nelle Condizioni particolari, nelle definizioni del glossario delle Condizioni di Assicurazione e nel Nomenclatore Tariffario.

AVVERTENZA: La garanzia prevede l'applicazione di un massimale e di specifici sottolimiti di indennizzo.

In proposito si vedano il modulo di polizza, il punto 16 delle Condizioni di Assicurazione e il Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico.

Premessa

Blue Assistance S.p.A. è la società che provvede, per conto di Reale Mutua, alla liquidazione dei sinistri secondo le modalità previste in polizza ed inoltre gestisce le convenzioni ed i rapporti con le strutture sanitarie che ha selezionato in Italia ed all'estero.

ESEMPLIFICAZIONE NUMERICA DI APPLICAZIONE DI FRANCHIGIE E SCOPERTI E DEI LIMITI DI INDENNIZZO O MASSIMALI

In caso di sinistro, per calcolare l'indennizzo dovuto da Reale Mutua occorre, una volta stabilito che il sinistro è coperto dall'assicurazione, tenere conto delle franchigie o degli scoperti previsti per la garanzia coinvolta e dei limiti di indennizzo, o massimali, entro i quali Reale Mutua interviene.

Esempio di applicazione dei massimali indennizzabili e dei limiti di copertura:

	Esempi	
	A	B
Cod. 17 — Intervento di chirurgia endodontica per asportazione III° apicale della radice	200 (primo intervento)	150 (secondo intervento sullo stesso elemento)
Massimo indennizzo	€ 180	
Limite di indennizzo	Effettuabile solo una volta sullo stesso elemento	

Esempio A: rimborso di € 180,00.

Esempio B: nessun rimborso, in quanto la prestazione non è ripetibile sullo stesso elemento.

4. Periodi di carenza contrattuale

Abrogato

5. Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio — Questionario sanitario — Nullità

Non è richiesta la compilazione del questionario sanitario.

AVVERTENZA: eventuali dichiarazioni false o reticenti sulle circostanze del rischio rese in sede di conclusione del contratto possono comportare effetti negativi sulla prestazione o, in alcune circostanze, essere causa di annullamento del contratto, così come indicato agli articoli 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile e al punto 6 delle Condizioni di Assicurazione.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione.

Non operante.

7. Premi

Il premio, salva diversa pattuizione, è annuale ed è pagabile

- in unica rata per ciascun periodo annuo

oppure

- a rate costanti per periodi inferiori all'anno (semestrali o quadrimestrali o trimestrali o bimestrali o mensili).

È possibile pagare il premio nei seguenti modi:

- denaro contante (entro i limiti previsti dalla Legge vigente),



- assegno bancario o circolare,
- bonifico bancario,
- bollettino postale,
- bancomat (solo presso le agenzie dotate di POS).

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate

Il contratto non prevede l'indicizzazione ovvero l'adeguamento del premio e delle somme assicurate secondo le variazioni mensili dell'indice nazionale dei prezzi al consumo per le famiglie di impiegati ed operai pubblicato dall'ISTAT.

9. Diritto di recesso

La polizza prevede la facoltà di recesso in caso di sinistro.

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto

Il diritto al pagamento del premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.

Gli altri diritti derivanti dal contratto si prescrivono nel termine di due anni a decorrere dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda (art. 2952 del Codice Civile).

11. Legge applicabile al contratto

Al contratto che verrà stipulato si applica la legge italiana. Premesso che le parti hanno la facoltà di assoggettare il contratto ad una diversa legislazione, ferma la prevalenza delle disposizioni specifiche in materia di assicurazione obbligatoria nonché delle norme imperative nazionali, Reale Mutua indica come opzione prescelta l'applicazione della legge italiana.

12. Regime fiscale

Per il contratto rimborso spese mediche si applica l'aliquota d'imposta del 2,5%;

Nel caso di Rischio ubicato all'estero si applica il trattamento fiscale del relativo Paese.

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

13. Sinistri — Liquidazione dell'indennizzo

Il momento di insorgenza del sinistro deve intendersi il giorno in cui si sono iniziate le cure odontoiatriche, ovvero il ricevimento da parte di Blue Assistance del "Piano di Cure".

In fase di denuncia del sinistro e durante la sua trattazione, l'Assicurato è comunque tenuto ad osservare alcune prescrizioni, descritte nelle Condizioni di Assicurazione.

Tra le altre, si evidenzia che l'Assicurato dovrà sottoporsi ad eventuali visite dei medici di Reale Mutua e fornire ai medici stessi o agli incaricati le informazioni ritenute necessarie, nonché a sciogliere dal segreto professionale i medici che lo hanno visitato o curato.

I dettagli degli obblighi per l'Assicurato e delle istruzioni per la denuncia e per le procedure liquidative sono descritti al punto 19 delle Condizioni di Assicurazione.

14. Assistenza diretta — Convenzioni

AVVERTENZA

Il contratto prevede la possibilità di utilizzare strutture sanitarie e medici convenzionati con Blue Assistance, presso cui l'Assicurato — previo accordo telefonico con la Centrale Operativa secondo le indicazioni di cui al

punto 19.B) delle Condizioni di Assicurazione - può fruire dell'indennizzo diretto per le prestazioni comprese in garanzia.

L'elenco delle strutture sanitarie e dei medici convenzionati è consultabile sul sito Internet di Reale Mutua (www.realemutua.it), nonché a mezzo telefono presso la Centrale Operativa di Blue Assistance (numero verde: 800 092 092).

15. Reclami

Eventuali reclami riguardanti il rapporto contrattuale o la gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto al Servizio "Buongiorno Reale" Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11 - 10122 Torino, Numero Verde 800—320320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 742 54 20, e-mail: buongiorno reale@realemutua.it. Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dall'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro nel termine massimo di quarantacinque giorni potrà rivolgersi all'ISVAP — Servizio tutela degli utenti - Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, corredando l'esposto della documentazione relativa al reclamo trattato dalla Compagnia. In relazione alle controversie inerenti la quantificazione delle prestazioni e l'attribuzione della responsabilità si ricorda che permane la competenza esclusiva dell'Autorità Giudiziaria, oltre alla facoltà di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti.

Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'ISVAP o direttamente al sistema estero competente individuabile accedendo al sito Internet http://ec.europa.eu/internal_market/finservices-retail/finnet/index_en.htm chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.

INFORMAZIONI

Reale Mutua è a disposizione della clientela con il Servizio "Buongiorno Reale" Reale Mutua Assicurazioni, via Corte d'Appello 11 10122 Torino, Numero Verde 800—320320 (attivo dal lunedì al sabato, dalle 8 alle 20), fax 011 742 54 20, e-mail: buongiorno reale@realemutua.it sia per informazioni o chiarimenti di carattere generale sia per conoscere condizioni, limiti e modalità per ricorrere alla Commissione di Garanzia.

COMMISSIONE DI GARANZIA

Reale Mutua ha costituito un organismo indipendente, la "Commissione di Garanzia dell'Assicurato Reale Mutua" con sede in Via dell'Arcivescovado n. 1 — 10121 Torino. La Commissione, composta da tre personalità di riconosciuto prestigio, ha lo scopo di tutelare il rispetto dei diritti spettanti agli Assicurati nei confronti di Reale Mutua in base ai contratti stipulati. La Commissione esamina gratuitamente i ricorsi e la decisione non è vincolante per l'Assicurato. Se da questi accettata, è invece vincolante per Reale Mutua. Possono rivolgersi alla Commissione gli Assicurati persone fisiche, le associazioni nonché le società di persone e di capitali, che abbiano stipulato un contratto assicurativo con Reale Mutua, con esclusione di quelli riguardanti i Rami Credito e Cauzioni.

Per un completo esame dei casi in cui è possibile ricorrere alla Commissione si consiglia di consultare il regolamento reperibile sul sito internet www.realemutua.it.

16. Arbitrato

AVVERTENZA: per la risoluzione di alcune controversie è prevista la facoltà di ricorrere all'arbitrato; in tal caso il collegio medico preposto allo svolgimento dell'arbitrato stesso risiede nel Comune, sede di Istituto di medicina legale e delle assicurazioni, più vicino alla residenza dell'Assicurato. In alternativa è possibile in ogni caso rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

Per i dettagli si veda il punto 20 delle Condizioni di Assicurazione.

Reale Mutua è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Società Reale Mutua Assicurazioni

Luca Filippone



Il significato di alcuni termini di questa Nota Informativa e delle Condizioni di Assicurazione è riportato nel seguente

GLOSSARIO

ASSOCIATO

il soggetto associato alla Contraente

ASSICURATO

il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione

ASSICURAZIONE

il contratto di assicurazione

BLUE ASSISTANCE

Società che gestisce il servizio di assistenza agli Assicurati, provvede alla liquidazione dei sinistri per conto di Reale Mutua ed alla gestione delle convenzioni e dei rapporti con gli operatori sanitari e i centri odontoiatrici che ha convenzionato in Italia e all'Estero (Network)

CONTRAENTE

il soggetto che stipula la polizza

DIFETTO FISICO

menomazione clinicamente statica e stabilizzata sia di tipo acquisito, esito di pregresso processo morboso o lesione traumatica, sia derivante da anomalia congenita

INFORTUNIO

evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni corporali obiettivamente constatabili

MALATTIA

ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da infortunio

MASSIMALE

la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per assicurato.

NETWORK

rete sanitaria Convenzionata con Blu Assistance, costituita da strutture odontoiatriche, nonché da Professionisti Medici che esercitano nell'ambito di queste, per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni stesse, nelle seguenti forme: in forma diretta: senza preventivo esborso di denaro da parte dell'Assicurato per tutti i casi di ricovero, ad eccezione delle sole franchigie e scoperti se previsti in polizza; in forma indiretta: con l'applicazione delle tariffe preferenziali.

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è direttamente consultabile nel sito www.blueassistance.it

NOMENCLATORE TARIFFARIO ODONTOIATRICO

elenco delle prestazioni ove è indicato: codice, descrizione della prestazione, tariffa, vincoli tecnici, limiti temporali, come da allegato

NUCLEO FAMILIARE

dipendente, coniuge e figli entrambi fiscalmente a carico. Il convivente more uxorio purché sia documentabile lo stato di convivenza

PREMIO

la somma dovuta dal Contraente alla Società

POLIZZA

i documenti che provano l'assicurazione

RIMBORSO

la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro

SINISTRO

il verificarsi del fatto dannoso per il quale è stipulata l'assicurazione



Rimborso Spese Odontoiatriche. Assicurazione Collettiva.

Condizioni di Assicurazione

DEFINIZIONI

Nel testo che segue si intende per:

Associato: Il soggetto associato alla Contraente.

Assicurato: Il personale dipendente non direttivo del Banco di Sardegna S.p.A.

Assicurazione: l'insieme delle garanzie prestate all'Assicurato dalla polizza.

Contraente: La Cassa di Assistenza CASDIC.

Difetto fisico o malformazione: anomalie di parti anatomiche, obiettivamente visibili o clinicamente diagnosticate prima della stipulazione del contratto.

Franchigia: la somma, determinata in misura fissa che, dedotta dall'indennità, resta a carico dell'Assicurato.

Impresa: Società Reale Mutua di Assicurazioni.

Infortunio: ogni evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche obiettivamente constatabili; sono considerati infortuni l'assideramento o il congelamento, la folgorazione, i colpi di sole e di calore, quelli sofferti in stato di malore o di incoscienza.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

Massimale: la spesa massima rimborsabile fino alla concorrenza della quale, per ciascun anno assicurativo, la Società presta le garanzie. Qualora non diversamente indicato, si intende applicato per assicurato.

Network: rete sanitaria Convenzionata con Blu Assistance, costituita da strutture odontoiatriche, nonché da Professionisti Medici che esercitano nell'ambito di queste, per l'erogazione delle prestazioni esclusivamente nell'ambito delle convenzioni stesse, nelle seguenti forme: in forma diretta: senza preventivo esborso di denaro da parte dell'Assicurato per tutti i casi di ricovero, ad eccezione delle sole franchigie e scoperti se previsti in polizza; in forma indiretta: con l'applicazione delle tariffe preferenziali;

L'elenco delle strutture sanitarie convenzionate è direttamente consultabile nel sito [www .blueassistance .it](http://www.blueassistance.it).

Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico: elenco delle prestazioni ove è indicato: codice, descrizione della prestazione, tariffa, vincoli tecnici, limiti temporali, come da allegato.

Nucleo familiare: dipendente, coniuge e figli entrambi fiscalmente a carico. Il convivente more uxorio purché sia documentabile lo stato di convivenza.

Polizza: il documento che prova l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente all'Impresa.

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

1. Modalità di adesione - Premi

La presente polizza ha decorrenza dalle ore 00:00 del 31/12/2017 e scadenza alle ore 24:00 del 31/12/2020.

Le condizioni previste dalla polizza e le eventuali successive modifiche sono operative dal momento in cui si perfeziona l'accordo tra la Società e la Contraente in merito al loro contenuto.

2. Modalità di adesione - Premi

L'adesione alla polizza viene perfezionata mediante l'emissione di apposito certificato di polizza da parte della Società.

La presente polizza opera a gruppo chiuso ovvero obbligatoriamente per tutti i dipendenti dell'Associata al 31/12/2017.

Premi

I premi annui lordi, per ogni Assicurato, sono pari a:

- € 100,00 per il dipendente (premio obbligatorio);
- € 150,00 per ogni componente del nucleo familiare fiscalmente a carico, ove previsto;
- € 210,00 per ogni familiare convivente non fiscalmente a carico, compresi il coniuge e il convivente more uxorio purché sia documentato lo stato di convivenza, ove previsto.

Si conviene tra le Parti l'incasso di un premio minimo annuo lordo, comunque acquisito, pari a € 5.100,00.

3. Variazione delle persone assicurate — Regolazione del Premio

L'assicurazione vale per le persone/categorie designate in polizza.

Le inclusioni di Assicurati che si verifichino nel corso dell'annualità assicurativa, fattispecie prevista per le sole nuove assunzioni e relativi nuclei familiari, dovranno essere comunicati dalla Contraente alla Società e la garanzia avrà effetto a decorrere dalle ore 24:00 del giorno della comunicazione.

Per inclusioni di Assicurati avvenuti nel primo semestre è dovuto il 100% del premio annuo; per le inclusioni avvenute nel corso del secondo semestre è dovuto il 60% del premio annuo.

In caso di risoluzione del rapporto di lavoro per morte, inabilità permanente, dimissioni, la vigenza della convenzione con il nucleo interessato termina al 31.12 dell'anno di riferimento. In caso di risoluzione del rapporto di lavoro per qualsivoglia ragione, la copertura cessa nei confronti dei dipendenti al 31.12 dell'anno in cui la cessazione avviene. Non è quindi prevista la regolazione premio passiva in nessun caso.

Alla scadenza di ciascuna annualità si procederà alla regolazione contabile del premio dovuto in conseguenza delle inclusioni avvenute nel corso dell'anno.

In caso di aumento del numero di nuclei assicurati la Contraente è tenuto a pagare, laddove richiedesse la proroga per l'annualità successiva, la rata di rinnovo aumentata in relazione allo stato del rischio comunicato in corso d'anno e/o al termine dell'annualità assicurativa.

4. Documentazione da consegnare all'Assicurato

All'Assicurato dovranno essere consegnati i seguenti documenti:

- a) Richiesta di adesione
- b) Informativa Privacy (consenso al trattamento dei dati sensibili)
- c) Condizioni di Assicurazione.

Una copia della Richiesta di Adesione e dell'Informativa Privacy, entrambe sottoscritte dall'Assicurato, dovrà rimanere in possesso della Contraente che si impegna a consegnarla tempestivamente alla Società qualora questa ne faccia richiesta.

5. Modifiche

Nessuna modifica delle garanzie e delle condizioni previste dalla polizza potrà essere introdotta e/o imposta dalla Società ai singoli certificati di polizza, se non in base ad accordi specifici.

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

6. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

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

7. Altre assicurazioni

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

8. Decorrenza dell'assicurazione — Pagamento del premio

L'assicurazione decorre dalle ore e dal giorno indicato in polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento.

Se la Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'art. 1901 del Codice Civile.

Trascorso il termine di cui sopra, la Società ha diritto di dichiarare, con lettera raccomandata, la risoluzione del contratto, fermo il diritto ai premi scaduti, o di esigere giudizialmente l'esecuzione. Il premio è sempre determinato per periodi di assicurazione di un anno.

I premi devono essere pagati alla Società.

9. Scadenza del Contratto

Il presente contratto ha una durata di anni tre e scadrà pertanto alle ore 24.00 del 31.12.2020, ed in mancanza di disdetta spedita almeno 120 giorni prima della scadenza dell'assicurazione, quest'ultima viene prorogata di un ulteriore triennio.

10. Estensione Territoriale

L'assicurazione vale per il Mondo Intero con l'intesa che le liquidazioni dei danni vengano effettuate in Italia, con pagamento dei rimborsi in Euro.

Per le spese sostenute all'estero i rimborsi vengono effettuati al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta, ricavato dalla quotazione della BCE.

11. Comunicazioni della Contraente e dell'Assicurato alla Impresa

Tutte le comunicazioni alle quali la Contraente e l'Assicurato sono tenuti devono essere fatte con lettera raccomandata o per pec.

Le comunicazioni da parte del Cliente possono avvenire o direttamente presso l'Agenzia Affari Speciali di Reale Mutua a Torino o attraverso il broker incaricato dalle parti Doubles Insurance Srl.

12. Assicurazione per conto altrui

Quando la presente assicurazione è stipulata per conto altrui, gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'Assicurato, così come disposto dall'art. 1891 del Codice Civile.

13. Imposte

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

14. Competenza Territoriale

Per ogni controversia tra la Società e l'Assicurato è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio dell'Assicurato o dell'avente diritto.

15. Rinvio alle Norme di Legge

Per tutto quanto non è diversamente regolato, valgono le Norme di Legge vigenti in Italia.

DESCRIZIONE DELLE PRESTAZIONI ASSICURATE

16. Oggetto dell'Assicurazione

La Società assicura fino alla concorrenza del massimale annuo nucleo di € 1.800,00 a seguito di malattia o infortunio, il rimborso delle spese sanitarie odontoiatriche sostenute dall'Assicurato per le prestazioni elencate nel Nomenclatore tariffario odontoiatrico (All.3) .

ESCLUSIONI E DELIMITAZIONI DELL'ASSICURAZIONE

17. Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

- tutte le prestazioni non espressamente indicate nel Nomenclatore tariffario odontoiatrico;
- le *malattie mentali* e disturbi psichici in genere, ivi comprese le malattie nevrotiche, le sindromi ansiose e/o depressive, nonché quelle riferibili ad esaurimento nervoso;
- le *malattie e infortuni* dovuti a tentato suicidio e autolesionismo, forme maniaco depressive ivi compresi comportamenti nevrotici, atti dolorosi commessi o tentati dall'Assicurato, abuso di alcolici e psicofarmaci, uso di droghe, allucinogeni, stupefacenti; le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'assicurato abbia preso parte volontariamente;
- le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche;
- le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
- gli *infortuni* derivanti da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti e derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, sport aerei, (e relative prove) comportanti l'uso di veicoli, moto o natanti a motore e sport per i quali è previsto l'utilizzo del paracadute (esempio: boxe, rugby, hockey, ecc);
- le prestazioni sanitarie non effettuate da medici regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
- le procedure di ricostruzione o splintaggio utilizzate per incrementare la dimensione verticale, ristabilire l'occlusione, sostituire o stabilizzare la struttura del dente persa a causa di attrito;
- le procedure sperimentali o che non siano riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni Odontoiatriche;
- le prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico, i costi relativi ad esami istologici e qualsiasi prestazione chirurgica eseguita in day surgery o ricovero notturno;
- la sostituzione di protesi complete o parziali rimovibili a causa di rottura mentre non in uso o perse o rubate;
- le malattie stati patologici e/o difetti fisici e/o anomalie congenite preesistenti alla data di decorrenza della polizza; parimenti vengono escluse le prestazioni odontoiatriche rese necessarie da situazioni patologiche, stati patologici o necessità di sostituzione protesi per grave usura già in atto al momento della decorrenza di polizza;
- l'estrazioni di denti decidui (da latte);
- le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti o parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto già esistente o appena impiantato, sia fisso che rimovibile;

- i trattamenti ortodontici anche se associati alla chirurgia ortognatica, sia che precedano o seguano l'intervento salvo quanto previsto in polizza;
- i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca;
- gli stati patologici correlati direttamente o indirettamente all'H.I.V. e a qualsiasi malattia che abbia relazione con l'H .I.V.;
- i controlli di routine e/o check up salvo quanto previsto in polizza.
- quanto ricadente sotto altra copertura sanitaria in corso con la Reale Mutua Ass.ni.

18. Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone di età superiore a 75 anni. Per gli Assicurati che raggiungano il limite di età, la copertura cessa alla prima scadenza annuale del contratto, salvo specifica deroga. Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infermità mentali, H.I.V. Nel caso di manifestazione di una di dette malattie nel corso della validità della polizza, l'assicurazione cessa con il loro manifestarsi nei modi e nei termini previsti dall'articolo 1898 del Codice Civile.

LIQUIDAZIONE DELL'INDENNIZZO

19. Oneri in caso di Sinistro

Il sinistro deve essere denunciato dalla Contraente, dall'Assicurato e/o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile.

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

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

A) Forma indiretta

Il pagamento di tutte le prestazioni sanitarie è a carico dell'Assicurato, il quale successivamente richiederà a Blue Assistance il rimborso delle spese indennizzabili.

Tutte le richieste di rimborso, per ogni tipo di garanzia, dovranno essere inviate dall'Assicurato alla Società, con l'apposito modulo di "richiesta di rimborso" corredato della relativa documentazione sanitaria e di spesa in originale.

La Società rimborserà all'Assicurato le spese delle prestazioni indennizzabili, con i limiti e i vincoli temporali previsti nell'Allegato Nomenclatore tariffario odontoiatrico.

Fermo restando l'operatività di quanto sopra, l'Assicurato, deve:

- fornire alla Società, direttamente o tramite la struttura convenzionata che ha erogato la prestazione, la documentazione medica sulla natura dell'alterazione dello stato di salute;
- sottoporsi ad accertamenti e controlli medici eventualmente disposti dalla Società fornendo tutte le informazioni necessarie richieste, purché li stessi siano finalizzati alla sola verifica della patologia lamentata;
- presentare alla Società gli originali delle fatture, delle notule di spese e delle ricevute fiscalmente regolari; in caso di intervento del SSN o di altro Ente Assicuratore, gli originali possono essere sostituiti da copie con documentazione di quanto erogato dagli Enti predetti.

La Società restituisce i predetti originali, previa apposizione della data di liquidazione e dell'importo liquidato.

B) Forma diretta

E' inoltre previsto per spese superiori ad € 300,00, nell'ambito del Network, il pagamento diretto delle prestazioni da parte della Società nei confronti delle strutture sanitarie.

La Società effettua il pagamento delle prestazioni ricevute dall'Assicurato a termine di polizza in regime di assistenza diretta, e cioè con il pagamento da parte dell'Assicurato della sola eventuale somma eccedente il limite previsto nel Nomenclatore tariffario, se previsti, nonché delle prestazioni non garantite dalla presente polizza, purché l'Assicurato si sia avvalso, previa autorizzazione che l'Assicurato dovrà richiedere a Blue Assistance, di uno o più degli istituti erogatori delle prestazioni facenti parte del Network.

La prestazione con forma diretta si attiva mediante invio di fax a Blue Assistance, che provvederà ad identificare ed accreditare il rimborso concordato direttamente alla struttura indicata.

20. Controversie

In caso di controversie di natura medica sull'indennizzabilità della malattia o dell'infortunio, nonché sulla misura dei rimborsi e delle indennità, in deroga espressa a quanto disposto dall'art. 824 — bis cpc, le Parti possono conferire, con scrittura privata, mandato di decidere, se ed in quale misura siano dovuti i rimborsi o le indennità a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un collegio di tre medici, nominati uno per parte ed il terzo dalle parti di comune accordo, od in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici avente giurisdizione nel luogo dove il collegio medico risiede. Il collegio medico risiede presso la Direzione della Società stessa in Milano o presso la sede dell'Associato al quale è assegnata la polizza.

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

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono obbligatorie per le parti, anche se uno dei medici si rifiuta di firmare il relativo verbale.

DISPOSIZIONI PARTICOLARI

I vincoli tecnici e i limiti temporali previsti nel Nomenclatore tariffario odontoiatrico stabiliscono le modalità e il numero di prestazioni di cui è possibile ottenere il rimborso (sia in forma diretta che indiretta).

I vincoli e limiti del tariffario si applicano in ogni caso per Assicurato.

I limiti temporali non si applicano in caso di infortunio comprovato da certificato del Pronto Soccorso. Qualora si rendessero necessarie ulteriori prestazioni rispetto a quelle previste, esse dovranno essere fatturate applicando le tariffe del Nomenclatore tariffario e saranno a carico dell'Assicurato.

La visita odontoiatrica con formula dentale e piano di trattamento si intende a carico del singolo Assicurato se non diversamente disposto.

Tutte le prestazioni del Nomenclatore tariffario comprendono la manodopera.

Tutte le immagini radiografiche, eseguite su indicazione del medico specialista esclusivamente per motivi di natura clinica prima, durante o dopo le cure, possono essere richieste a comprova delle cure medesime.

Ove richieste, le fotografie digitali devono riportare la data, il codice fiscale dell'Assicurato e la firma dell'odontoiatra.

La Banca dovrà fornire su supporto informatico le anagrafiche della totalità degli Assicurati, che formerà parte integrante del presente contratto.

Eventuali modifiche dovranno essere formalizzate per iscritto.

Dopo ogni denuncia di sinistro e fino al 60° giorno dal pagamento o rifiuto dell'indennizzo, l'impresa ha facoltà di recedere dal contratto con preavviso di almeno 30 giorni. In tal caso l'impresa rimborserà il premio relativo al periodo compreso fra il giorno della cessazione della garanzia ed il termine del periodo di assicurazione in corso. La riscossione dei premi venuti a scadenza dopo la denuncia del sinistro o qualunque altro atto dell'impresa, non potranno essere interpretati come rinuncia a valersi della facoltà di recesso regolamentata nel presente articolo.

Sassari, li 27/12/2017

Il Contraente

Reale Mutua di Assicurazioni

Agli effetti dell'art. 1341 C.C. il sottoscritto dichiara di approvare espressamente le disposizioni contenute negli articoli seguenti delle Condizioni Generali di assicurazione:

Articolo 20. CONTROVERSIE ARBITRATO IRRITUALE

Il Contraente

Reale Mutua di Assicurazioni



