RBM Salute S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
via Forlanini 24 - 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)
Tel: +39 - 0422/1745111 | Fax: +39 - 0422 1745025

Sede Secondaria:
via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI)
Tel. +39 02 91431789 | Fax +39 02 91431702

direzionecommerciale@rbmsalute.it | info@rbmsalute.it | www.rbmsalute.it

Il presente Fascicolo Informativo, contenente Nota Informativa, comprensiva del Glossario e Condizioni di assicurazione, deve essere consegnato al contraente prima della sottoscrizione del contratto o, dove prevista, della proposta di assicurazione.

Salute Sorriso

Contratto di Assicurazione per il rimborso delle spese sanitarie odontoiatriche per la prevenzione e cura dei denti

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico
Capitale Sociale € 20.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F./P. IVA 05796440963 - R.E.A. 360145
Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).

SOMMARIO

Nota Informativa:

- Glossario

Condizione di Assicurazione comprensive di:

- Condizioni Generali di Assicurazione
- Garanzie Assicurate
- Delimitazione ed Esclusioni
- Cosa Fare in Caso di Sinistro
- Allegati:

1) Nomenclatore tariffario delle prestazioni odontoiatriche ammesse al rimborso per le diverse opzioni
2) Informativa resa all'interessato ai sensi del Codice sulla Privacy (fac simile)

Ai sensi dall'art. 166 del Codice delle Assicurazioni (D.Lgs. 7 settembre 2005, n. 209), le decadenze, nullità, limitazioni di garanzie ed oneri a carico del Contraente o Assicurato, contenute del presente contratto, sono riportate in carattere "sottolineato".

NOTA INFORMATIVA

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 di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A. INFORMAZIONI SULL'IMPRESA DI ASSICURAZIONE

1. Informazioni generali

RBM Salute S.p.A. ha sede legale e direzione generale in Italia, via Forlanini, 24 – 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV) recapito telefonico 0422-1745111 e sede secondaria via Victor Hugo,4 – 20123 Milano, recapito telefonico 02-91431789, ed è Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle Imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 2/11/2007 n. 255).
Recapito telefonico: 0422 1745111, sito internet: www.rbmsalute.it , indirizzo di posta elettronica: info@rbmsalute.it .

2. Informazione sulla situazione patrimoniale dell'impresa[1]

Dati patrimoniali al 31 dicembre 2013

Patrimonio netto:	€ 33.451.928,00
di cui - capitale sociale:	€ 20.000.000,00
- totale delle riserve patrimoniali:	€ 8.363.904,00
Indice di solvibilità :	216%

B. INFORMAZIONI SUL CONTRATTO

Il contratto di assicurazione ha una durata di 1 anno a partire dalle ore 24.00 del giorno della data di sottoscrizione dell'assicurazione e di pagamento del premio (vedi art. 3 delle CGA).
Il contratto prevede il tacito rinnovo, salvo eventuale richiesta di disdetta, pertanto, qualora non disdettato 30 giorni prima della scadenza, la copertura si intende rinnovata per la successiva annualità (vedi art. 4 delle CGA).

3. Coperture assicurative offerte – Limitazioni ed esclusioni

La copertura prevede, il rimborso delle spese sostenute, a seguito di infortunio o malattia, per ricoveri, diagnostica, visite specialistiche, accertamenti, lenti e occhiali (Vedi art. 14 delle CGA).
In caso di ricovero nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale la copertura prevede il pagamento di una diaria da ricovero stabilita in funzione dell'opzione prescelta (vedi comma 9, punto A dell'art. 13 delle CGA).
Avvertenza: la copertura non include le malattie preesistenti alla stipula della polizza (a meno che siano state dichiarate nel questionario sanitario e NON siano state esplicitamente escluse) e prevede esclusioni (vedi articolo 1 delle CGA) e cause di non assicurabilità (vedi art. 15 delle CGA).
Avvertenza: la copertura prevede un limite massimo annuo per il totale degli indennizzi di ogni garanzia (vedi art. 14 delle CGA e l'allegato "MASSIMALI/SOMME ASSICURATE E CONDIZIONI PER OPZIONE"). Ad esempio, in caso di copertura secondo l'opzione BASE il totale degli indennizzi in un anno per la garanzia "Visite specialistiche/Accertamenti" non potrà superare i € 3.000. La copertura prevede franchigie e scoperti (vedi art. 13 delle CGA e l'allegato "MASSIMALI/SOMME ASSICURATE E CONDIZIONI PER OPZIONE"). Ad esempio, in caso di copertura secondo l'opzione BASE, a fronte di una spesa di € 10.000 per un ricovero in clinica

[1] I dati sono relativi all'ultimo bilancio approvato

MOD. AP NI 0005 - ED.07/2014

privata non convenzionata, verranno rimborsati € 8.500 (essendo € 1.500 il 15% della somma spesa, scoperto fuori rete convenzionata). Se la spesa di € 10.000 fosse per € 5.000 relativa alla clinica e questa fosse convenzionata, mentre gli altri € 5.000 fossero relativi all'equipe medica e questa non fosse convenzionata, verranno rimborsati € 9.250, pari € 5.000 per la clinica (rimborso al 100% in rete convenzionata) più € 4.250 per l'equipe (pari a € 5.000 meno il 15% di scoperto fuori rete convenzionata, cioè € 750).

4. Periodi di carenza contrattuali
Avvertenza: La polizza prevede periodi di carenza, nei quali la copertura non è attiva, differenziati per tipologia di evento (vedi art. 16 delle CGA).

5. Dichiarazioni dell'assicurato in ordine alle circostanze del rischio -Questionario sanitario - Nullità
Avvertenza: le dichiarazioni inesatte o le reticenze dell'Assicurato e/o del Contraente relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile. (vedi art. 1 delle CGA).
Avvertenza: è necessario che le dichiarazioni relative allo stato di salute effettuate nel Questionario Sanitario siano assolutamente precise e veritiere. In caso contrario la copertura potrebbe essere nulla.

6. Aggravamento e diminuzione del rischio e variazioni nella professione
L'assicurato deve dare comunicazione scritta all'impresa di ogni aggravamento e diminuzione del rischio (vedi art. 6 e 7 delle CGA).
Ad esempio, in caso di trasferimento della residenza si può verificare un aggravamento del rischio che va comunicato

7. Premi
Il premio dovrà essere versato dal Contraente all'intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.
Il premio, pur essendo annuo ed indivisibile, potrà essere corrisposto in forma annuale od in rate subannuali con frazionamento semestrale, con aumento del 3%.

8. Adeguamento del premio e delle somme assicurate
Le somme assicurate ed i premi non sono indicizzati.
In caso di tacito rinnovo la Compagnia potrà indicare un nuovo premio per la polizza, entro i termini per la disdetta, salvo il diritto del Contraente a recedere dal contratto.

9. Diritto di recesso
Avvertenza: Il Contraente ha sempre la facoltà di recedere annualmente dal contratto senza oneri, mediante lettera raccomandata spedita almeno 30 giorni prima della scadenza annuale della polizza. (vedi art. 4 delle CGA).

10. Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto (art. 2952 del codice civile)
Il diritto al pagamento delle rate di premio si prescrive in un anno dalle singole scadenze.
Gli altri diritti derivanti dal contratto di assicurazione e si prescrivono in due anni dal giorno in cui si e' verificato il fatto su cui il diritto si fonda.

11. Legge applicabile al contratto
Il contratto è regolato dalla Legge italiana.

12. Regime fiscale
Il premi sono sottoposti a tassa del 2,50%.

Gli indennizzi non sono soggetti a tassazione.

C. INFORMAZIONI SULLE PROCEDURE LIQUIDATIVE E SUI RECLAMI

13. Sinistri – Liquidazione dell'indennizzo
Avvertenza: la data del sinistro è quella del ricovero o dell'intervento chirurgico fuori ricovero; il sinistro deve essere denunciato per iscritto alla Società entro 3 giorni da quando l'assicurato o i suoi aventi diritto ne hanno avuto la possibilità; la Compagnia può richiedere che l'assicurato sia visitato da un proprio fiduciario. (vedi art. 18 delle CGA)

14. Assistenza diretta - Convenzioni
Avvertenza: la copertura è prestata anche in forma diretta tramite istituti di cura e medici convenzionati (vedi art. 19 delle CGA).Nell'ambito della garanzia "prestazioni ospedaliere", in caso di utilizzo di istituti e/o medici convenzionati, anche solo parzialmente, per la parte di spesa relativa agli stessi, non verrà applicato lo scoperto previsto; per la garanzia "prestazioni extraospedaliere" la forma diretta è prevista solo in caso di spesa superiore ai € 1.000 ed alle stesse condizioni previste per la modalità a rimborso (vedi art. 13 delle CGA e l'allegato "MASSIMALI/SOMME ASSICURATE E CONDIZIONI PER OPZIONE").
Si rinvia al sito *www.rbmsalute.it* per l'elenco aggiornato dei centri e dei medici convenzionati.

15. Reclami
Eventuali reclami relativi al rapporto contrattuale o alla gestione dei sinistri devono essere inoltrati per iscritto a RBM Salute S.p.A. – Ufficio Gestione Reclami – – Ufficio Gestione Reclami – Sede Legale - Via E. Forlanini, 24 - 30122 Preganziol (TV) – loc. Borgo Verde, oppure via telefax al numero 0422/062909, o via e-mail all'indirizzo di posta elettronica: reclami@rbmsalute.it .
Sarà cura della Compagnia comunicare gli esiti del reclamo entro il termine di 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo.

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'IVASS (Istituto per la Vigilanza sulle Assicurazioni) – Servizio Tutela Utenti - Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma oppure inviare fax ai numeri 06-42133745 o 06-42133353, corredando l'esposto con la seguente documentazione:
- nome, cognome ed indirizzo del reclamante, con eventuale recapito telefonico;
- individuazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;
- breve descrizione del motivo di lamentela;
- copia del reclamo presentato all'impresa di assicurazione e dell'eventuale riscontro fornito dalla stessa;
- ogni documento utile per descrivere più compiutamente le circostanze.

Per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte, il reclamante avente il domicilio in Italia può presentare il reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente individuabile accedendo al sito Internet http://www.ec.europa.eu/fin-net chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.
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.
Resta salva, in ogni, caso la facoltà di adire l'Autorità Giudiziaria.

16. Arbitrato

Per la risoluzione delle controversie relative al presente contratto o comunque ad esso connesse le Parti possono adire l'Autorità Giudiziaria competente, previo esperimento del tentativo di mediazione richiesto come condizione di procedibilità ai sensi di legge, in quanto non è prevista alcuna forma di arbitrato. Per i dettagli si rinvia all'articolo "Controversie" della Condizioni di Assicurazione

***RBM Salute S.p.A è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota informativa*".**

Roberto Favaretto
Presidente
RBM Salute S.p.A.

Il rappresentante legale

GLOSSARIO

Assicurato: il soggetto il cui interesse è protetto dall'assicurazione.

Assicurazione: il contratto di assicurazione.

Carenza: il periodo di tempo durante il quale l‟eventuale sinistro non rientra in garanzia.

Cartella Clinica: il documento ufficiale redatto durante il ricovero, diurno o con pernottamento, contenente le generalità dell'Assicurato per esteso, la diagnosi, l‟anamnesi patologica prossima e remota, le terapie effettuate, gli interventi chirurgici eseguiti, gli esami ed il diario clinico, scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.).

Centro Medico: la struttura, anche non adibita al ricovero, attrezzata e regolarmente autorizzata in base alla normativa vigente, ad erogare prestazioni sanitarie, esami diagnostici strumentali, analisi di laboratorio, trattamenti fisioterapici e riabilitativi.

Chirurgia Bariatrica: detta anche "chirurgia dell‟obesità". Interventi chirurgici aventi la finalità di ridurre l'assunzione di cibo attraverso la diminuzione della capacità gastrica (interventi restrittivi) o della capacità di assorbimento dei cibi da parte dell'intestino (interventi malassorbitivi).

Contraente: il soggetto che stipula l‟assicurazione.

Customer Care Center: il servizio dedicato alla gestione delle informazioni relative alle prestazioni previste dal contratto di assicurazione ed al collegamento col network medico.

Day Hospital: il ricovero in regime di degenza diurna, esclusivamente senza pernottamento, in Istituto di Cura. Non è considerato Day Hospital la permanenza in Istituto di Cura presso il Pronto Soccorso.

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.

Evento:

- **Prestazioni Ospedaliere -** il singolo ricovero, anche in regime di Day Hospital o il singolo intervento chirurgico ambulatoriale.
  La data dell'evento è quella in cui si è verificato il ricovero o, se non vi è stato ricovero, l‟intervento chirurgico in ambulatorio.
- **Prestazioni Extraospedaliere -** tutti gli accertamenti, visite ed esami, riguardanti la stessa patologia, prescritti ed inviati contemporaneamente. La data evento è quella della prima prestazione sanitaria erogata relativa allo specifico evento.

Franchigia: la parte delle spese sostenute, determinata in maniera fissa, che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato si applica per evento.
Indennizzo/Rimborso: la somma dovuta dalla Società in caso di sinistro.

Infortunio: l"evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni obiettivamente constatabili.

Intervento Chirurgico: l'atto medico avente una diretta finalità terapeutica o diagnostica, perseguibile attraverso una cruentazione dei tessuti ovvero mediante l'uso di sorgenti di energia meccanica, termica o luminosa. Eventuali biopsie effettuate nell'ambito di endoscopie non sono considerate intervento chirurgico.

Intervento Ambulatoriale: la procedura di piccola chirurgia eseguita senza ricovero presso l'ambulatorio o lo studio medico chirurgico.

Istituto di Cura: l'ospedale, clinica universitaria o casa di cura privata, regolarmente autorizzati in base ai requisiti di legge e dalle competenti Autorità, all'erogazione dell'assistenza sanitaria in regime di ricovero. Non sono considerati "Istituti di Cura" gli stabilimenti termali, le strutture di convalescenza e di soggiorno, nonché i "centri benessere" e le case di cura aventi finalità dietologiche ed estetiche o deputate alle lungodegenze.

Lungodegenza: il ricovero in cui le condizioni fisiche dell'Assicurato siano tali che una guarigione non può essere raggiunta con trattamenti medici e la permanenza in un Istituto di Cura è resa necessaria da misure di carattere essenzialmente assistenziale.

Malattia: ogni alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio. La gravidanza non è considerata malattia.

Malattia Mentale: tutte le patologie mentali e del comportamento (come ad esempio psicosi, nevrosi, sindromi depressive, disturbi dello sviluppo psicologico, anoressia, bulimia, ecc.) ricomprese nel capitolo V della 9° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-9 dell'OMS).

Massimale: la somma, cioè la spesa massima rimborsabile, fino alla concorrenza della quale, per ciascun Assicurato e per anno assicurativo, la Società presta le garanzie.

Medicina Alternativa o Complementare: le pratiche mediche "non convenzionali" definite dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri: agopuntura; fitoterapia; medicina ayurvedica; medicina antroposofica; medicina omeopatica; medicina tradizionale cinese; omotossicologia; osteopatia; chiropratica.

Modulo di Polizza: il documento rilasciato dalla Società che riporta gli elementi principali dell'assicurazione (decorrenza e scadenza della polizza, il premio, gli estremi del Contraente, i soggetti assicurati, ecc).

Network/Rete: gli ospedali e gli istituti di carattere scientifico, le case di cura, i centri diagnostici ed i poliambulatori, nelle seguenti forme:
- in forma diretta: senza esborso di denaro da parte dell'Assicurato;
- in forma indiretta: con l'utilizzo delle tariffe preferenziali.

Pagamento in Forma Mista: il pagamento che la Società effettua per le prestazioni mediche eseguite presso Istituti di Cura e da professionisti, parte convenzionati con il Network e parte non convenzionati. I casi che si possono verificare sono: a) Istituto di Cura in Network e professionisti fuori Network; b) Istituto di Cura fuori Network e professionisti in Network.

Polizza: i documenti che descrivono e provano l'assicurazione.

Premio: la somma dovuta dal Contraente alla Società quale corrispettivo per l'assicurazione.

Questionario Sanitario: il documento che descrive la storia clinica e lo stato di salute dell'Assicurato, sulla base delle risposte dallo stesso fornite, debitamente sottoscritto dall'Assicurato o da chi ne esercita la potestà e che costituisce parte integrante della Polizza.

Ricovero: la degenza in Istituto di Cura che comporti almeno un pernottamento.

Ricovero Improprio: la degenza, sia con che senza pernottamento in Istituto di Cura, che non risulta essere necessaria in riferimento al quadro clinico, durante la quale non viene praticata alcuna terapia complessa e vengono eseguiti solo accertamenti diagnostici che normalmente vengono effettuati in regime ambulatoriale senza alcun rischio o particolare disagio per il paziente.

Scoperto: la parte delle spese sostenute, determinata in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato si applica per evento.

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

Società: RBM Salute S.p.A.

Trattamenti Fisioterapici e Riabilitativi: le prestazioni di medicina fisica e riabilitativa, eseguite a cura di Centri Medici, finalizzate al recupero delle funzioni di uno o più organi o apparati colpiti da malattia o infortunio indennizzabili a termine di polizza.

Visita Specialistica: la prestazione sanitaria, effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e per prescrizioni di terapie cui tale specializzazione è destinata. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale. Non sono considerate visite specialistiche quelle effettuate da medici specializzati in Medicina Generale e Pediatria.

SALUTE SORRISO

Condizioni di Assicurazione

MOD. AP CGA RS0009– Ed. 07/2014

CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE

Art.1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio
Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, nonché la cessazione degli effetti dell'assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art.2 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.

Art.3 Decorrenza dell'assicurazione – Pagamento del premio
L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24:00 del giorno indicato nel Modulo di polizza se il premio o la prima rata di premio sono stati pagati; altrimenti ha effetto dalle ore 24:00 del giorno del pagamento, fermo quanto previsto dall'art.16 "Carenze e percentuali di rimborso".
Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24:00 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.
I premi devono essere pagati all'intermediario al quale è assegnata la polizza oppure alla Società.

Art.4 Tacito rinnovo
In mancanza di disdetta data dalla Società o dal Contraente con lettera raccomandata almeno trenta giorni prima della scadenza della polizza, questa è prorogata di anno in anno.
Se il premio previsto per l'annualità successiva sia superiore a quello in corso, trenta giorni prima della scadenza della polizza la Società comunicherà il nuovo importo. Il Contraente avrà facoltà di disdetta fino alla data di scadenza indicata nel Modulo di polizza.

Art.5 Estensione Territoriale
L'assicurazione vale per il Mondo Intero, con l'intesa che le liquidazioni dei danni saranno 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.

Art.6 Residenza
La polizza è valida per gli assicurati residenti in Italia.
In caso di trasferimento della residenza all'estero, l'assicurazione cessa contestualmente – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'assicurato – a norma dell'art. 1898 del Codice Civile.

Art.7 Forma delle comunicazioni
Il Contraente e la Società prestano reciprocamente preventiva ed espressa accettazione di adempiere agli obblighi relativi alla trasmissione di comunicazioni in corso di contratto anche utilizzando tecniche di comunicazione a distanza.

Art. 8 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.

Art. 9 Imposte
Le imposte e gli altri oneri stabiliti dalla legge, presenti e futuri, relativi al premio ed agli accessori della polizza e degli atti da essa dipendenti, sono a carico del Contraente.

Art. 10 Foro Competente
Ferma la facoltà delle Parti di ricorrere a sistemi conciliativi ove esistenti, per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente Contratto l'Autorità Giudiziaria competente viene individuata:
- Per ogni controversia tra la Società e il Contraente è competente l'Autorità Giudiziaria ove ha sede la Contraente Società.
- Per ogni controversia tra la Società e l'Assistito è competente l'Autorità Giudiziaria, in quella del luogo di residenza o domicilio dell'Assistito o dell'avente diritto.

Art. 11 Controversie: mediazione
Ai sensi del D.lgs. 28/2010 e successive disposizioni modificative ed integrative, qualsiasi controversia relativa al presente contratto o comunque ad esso connessa - comprese le controversie relative alla sua interpretazione, validità, esecuzione e risoluzione - deve essere preliminarmente sottoposta a procedimento di mediazione innanzi ad un Organismo di Mediazione iscritto nell'apposito Registro istituito presso il Ministero della Giustizia e che abbia sede nel luogo dell'Autorità Giudiziaria territorialmente competente per la controversia.
L'esperimento del tentativo di mediazione costituisce condizione di procedibilità della domanda giudiziale.
Qualora la lite non venga conciliata nell'ambito della mediazione, le Parti saranno libere di adire l'Autorità Giudiziaria competente per la risoluzione delle controversie derivanti dal presente contratto, individuata secondo le previsioni dell'art. "Foro competente" delle Condizioni Generali di Assicurazione.

Art. 12 Rinvio alle Norme di Legge
L'Assicurazione è disciplinata dalla legge italiana. Per quanto non previsto nel presente contratto, valgono le norme di legge.

GARANZIE ASSICURATE

Art. 13 Oggetto dell'assicurazione
La Società assicura il rimborso delle spese odontoiatriche, sostenute dall'Assicurato a seguito di malattia e/o infortunio, per le prestazioni elencate nel tariffario, nei limiti previsti, come da opzione indicata nel Modulo di polizza. Vi possono essere due o più fra i seguenti livelli:

a) Igiene e prevenzione;
b) Cure di 1° livello;
c) Cure di 2° livello;

d) Cure di 3° livello.

Art. 14 Visita odontoiatrica annuale di controllo e prevenzione
Nei limiti di quanto previsto nel Tariffario, l'Assicurato avrà diritto ogni anno ad una "Visita odontoiatrica di controllo e prevenzione" (prestazione 02, comprensiva delle prestazioni 07 o 08, del Tariffario). Inoltre, per ciascun Assicurato con età inferiore a 13 anni, è prevista la "Sigillatura dei solchi per elemento" (prestazione 09), purché avvenga una sola volta nell'arco temporale di validità della polizza.

DELIMITAZIONI ED ESCLUSIONI

Art. 15 Persone non assicurabili
Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, malattie mentali e sieropositività HIV. 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.
Viene prevista la possibilità di accedere alla copertura anche ai soggetti portatori di handicap mentali, o che assumono farmaci psicotropi a scopo terapeutico, nei limiti di quanto previsto dalle esclusioni.

Art. 16 Carenze e percentuali di rimborso

La tabella seguente riporta il periodo di carenza e le percentuali di rimborso spettanti per le prestazioni inserite in ciascun livello:

Livello	Carenza	Percentuale di Rimborso
Igiene e prevenzione	La garanzia decorre dal giorno in cui ha effetto l'assicurazione	100%
Cure di 1° livello	La garanzia decorre dal 90° giorno in cui ha effetto l'assicurazione	Da 3 a 6 mesi: 50% Oltre 6 mesi: 100%
Cure di 2° livello	La garanzia decorre dal 90° giorno in cui ha effetto l'assicurazione	Da 3 a 6 mesi: 30% Da 6 a 12 mesi: 60% Oltre 12 mesi: 100%
Cure di 3° livello	La garanzia decorre dal 180° giorno in cui ha effetto l'assicurazione	Da 6 a 12 mesi:30% Da 12 a 24 mesi: 60% Oltre 24 mesi: 100%

La percentuale di rimborso o l'applicabilità delle carenze verrà stabilita sulla base del momento in cui le prestazioni si sono rese necessarie, indipendentemente dalla data in cui le medesime sono state eseguite.

Qualora la polizza sia stata emessa in sostituzione, senza soluzione di continuità, di altra polizza, stipulata con la Società per lo stesso rischio e riguardante lo stesso Assicurato e le stesse garanzie, i termini di carenza di cui sopra operano:

- dal giorno in cui aveva avuto effetto la polizza sostituita, per le prestazioni da quest'ultima previsti;
- dal giorno in cui ha effetto la presente assicurazione, limitatamente alle maggiori somme e alle diverse prestazioni da essa previste.

Quanto suddetto vale anche nel caso di variazioni intervenute nel corso di uno stesso contratto.

Art. 17 Esclusioni

Sono esclusi dall'assicurazione:

1) le prestazioni sanitarie non effettuate da medici regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
2) gli infortuni occorsi precedentemente alla data di decorrenza della polizza;
3) le malattie manifestatesi precedentemente alla data di decorrenza della polizza;
4) tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati o resisi necessari prima della stipula della polizza;
5) tutte le prestazioni non comprese nel Tariffario;
6) le procedure di ricostruzione utilizzate per incrementare la dimensione verticale del dente persa a causa di attrito;
7) le procedure sperimentali o che non siano riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni Odontoiatriche;

8) le lesioni dentarie da infortunio durante la pratica di sport per i quali è previsto l'utilizzo del paradenti (ad esempio:boxe, rugby, hockey);
9) le spese sostenute in conseguenza di malattie mentali ricomprese capitolo 5 (DISTURBI PSICHICI) della 9° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD9-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
10) le prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;
11) la sostituzione di protesi complete o parziali rimovibili a causa di rottura mentre non in uso o perse o rubate;
12) le estrazioni di denti decidui (da latte);
13) 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;
14) i trattamenti ortodontici anche se associati alla chirurgia ortognatica, sia che precedano o seguano l'intervento chirurgico;
15) i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca.
16) gli infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
17) gli infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), o allucinogeni;le malattie, stati patologici, difetti fisici e anomalie congenite o comunque preesistenti alla stipulazione della copertura assicurativa;
18) le conseguenze di malattie mentali;
19) gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, le conseguenze dirette od indirette di trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche salvo l'uso terapeutico;
20) 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;
21) le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo;
22) le cure ed interventi relativi alla sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS);
23) controlli di routine e/o check-up, se non diversamente previsto.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 18 Obblighi del Contraente/Assicurato

Il sinistro deve essere denunciato dal Contraente, dall'Assicurato 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.

Art. 19 Modalità di pagamento

La Società indennizza l'Assicurato nel seguente modo:

- **FORMA INDIRETTA**

L'Assicurato dovrà presentare alla Società la seguente documentazione:

- Modulo di richiesta rimborso spese odontoiatriche,

- Fattura in originale con dettaglio delle prestazioni eseguite entro la scadenza dell'anno assicurativo, quietanzate e con il previsto bollo di tassa pagata (non sono ammesse fatture di odontotecnici o di odontoprotesisti),
- Scheda di Cura compilata a cura del medico odontoiatra.

Sono ammesse a rimborso solamente le prestazioni previste nel Tariffario ferme le carenze e percentuali di rimborso, ex art. 16.
Si precisa che le fatture di acconto sono rimborsabili esclusivamente insieme a quelle di saldo, a cura ultimata nell'annualità di polizza.

- **FORMA DIRETTA**
  Per le prestazioni eseguite in strutture sanitarie convenzionate è previsto il pagamento diretto da parte della Società, in caso di importi uguali o superiori a € 200,00.
  Per avvalersi del pagamento diretto, l'Assicurato deve utilizzare strutture sanitarie facenti parte del Network e deve informare preventivamente la Società, che, valutata la richiesta, provvederà a confermare la prenotazione ed autorizzare la struttura ad eseguire le prestazioni concordate, inviando al termine delle cure la fattura direttamente alla Società. Rimangono a carico dell'Assicurato le eventuali franchigie o scoperti e le spese per prestazioni non garantite dalla presente copertura, che dovranno essere pagate dall'Assicurato alla struttura.
  La prestazione in forma diretta si attiva mediante invio (a mezzo fax) alla Società, almeno 3 giorni lavorativi prima dell'appuntamento concordato dall'Assicurato con la struttura, salvo i casi di emergenza, della seguente documentazione:
  - Modulo di richiesta presa in carico diretta;
  - Scheda di Cura.

La Società mette a disposizione il proprio Customer Care Center per la richiesta di informazioni relative sia agli Istituti e Medici convenzionati che agli ambiti e la portata delle garanzie prestate con le varie convenzioni e per il supporto medico.
La Centrale Operativa garantisce la risposta sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta, con un anticipo di almeno 7 giorni (di calendario) per le prestazioni ospedaliere, ridotti a 3 per le prestazioni extraospedaliere e per le prestazioni dentarie, rispetto alla data dell'evento. A tal fine, pertanto, l'Assistito dovrà attivarsi con congruo anticipo e comunque con almeno 48 ore (lavorative) di preavviso rispetto alla data ultima prevista per la risposta della Centrale Operativa.

Qualora la richiesta pervenga alla Centrale Operativa nei 7 giorni che precedono l'evento, la Centrale Operativa tuttavia garantirà comunque risposta sull'esito della valutazione della richiesta purché questa pervenga entro e non oltre le 48 ore lavorative prima dell'evento. In tal caso la risposta non potrà essere garantita dalla Centrale Operativa nei termini di preavviso sopra indicati.

Il Customer Care Center è accessibile 24 ore su 24, 365 giorni l'anno al seguente numero verde:

800 916263 (solo dall'Italia)

in alternativa: **+39 0422 1744 087**(da cellulari, dall'Italia e dall'estero)

In ogni caso (pagamento diretto ed indiretto) gli originali delle notule, distinte e ricevute verranno restituiti agli Assicurati con posta ordinaria

Art. 20 Trattamento di lunga durata e/o di costo elevato
Per i trattamenti odontoiatrici di lunga durata (maggiore di 1 anno assicurativo), e comunque per tutti i trattamenti per i quali il preventivo di spesa sia superiore a € 1.000,00, i rimborsi, nei limiti previsti dagli artt. 18 e 19, saranno ammessi a condizione che prima dell'inizio del trattamento venga presentato alla Società il Programma Globale di Trattamento riferito a tutte le prestazioni necessarie al completamento delle cure e alla durata presunta della cura. Ove il trattamento si prolungasse oltre un'annualità di polizza, dovrà essere presentata nuovamente la Scheda di Cura. Lo stesso dicasi per le successive annualità di polizza. Resta salvo, se ed in quanto compatibile, quanto previsto nell'articolo precedente.

Art. 21 Documentazione integrativa
Ai fini del riconoscimento dei rimborsi come previsto dagli artt. 18 e 19, la Società si riserva inoltre il diritto di richiedere:

- eventuale ulteriore documentazione medica;

- esami radiografici eseguiti, per motivi clinici, prima o durante le cure (riportanti data di esecuzione e nome dell'Assicurato);
- fotografie occlusali delle arcate dentarie;
- esecuzione di visita medica di controllo presso uno studio convenzionato con il Network, diverso da quello del medico odontoiatra che ha eseguito le cure.

Allegato 1

NOMENCLATORE TARIFFARIO DELLE RPESTAZIONI ODONTOIATRICHE AMMESSE AL RIMBORSO PER LE DIVERSE OPZIONI

OPZIONE BASE

A - IGIENE E PREVENZIONE

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00		1 ogni 12 mesi per controllo programmato, solo abbinata a codice 07 o 08. non rimborsabile se seguita da piano di cure
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino ai 13 annidi età	1 ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		1 ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	1 sola volta

B - CURE DI I° LIVELLO (emergenza - prime cure)

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00	Se non già compresa nella prestazione	1 ogni 12 mesi
14	Estrazione di dente o radice	80,00		1 ogni 12 mesi
50	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	175,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	350,00	Comprovata da rx	
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	90,00	Compreso eventuale incappucciamento della polpa	1 ogni 12 mesi
62	Terapia endodontica ad un canale	130,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	1 ogni 12 mesi
63	Terapia endodontica a due canali	170,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	1 ogni 12 mesi
64	Terapia endodontica a tre o quattro canali	220,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	1 ogni 12 mesi
39	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	150,00		1 volta ogni 36 mesi

OPZIONE PLUS

A - IGIENE E PREVENZIONE

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00		1 ogni 12 mesi per controllo programmato, solo abbinata a codice 07 o 08. non rimborsabile se seguita da piano di cure
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino ai 13 anni di età	1 ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		1 ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	1 sola volta

B - CURE DI I° LIVELLO (emergenza - prime cure)

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00	Se non già compresa nella prestazione	2 ogni 12 mesi
14	Estrazione di dente o radice	80,00		2 ogni 12 mesi
50	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	175,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	350,00	Comprovata da rx	
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	90,00	Compreso eventuale incappucciamento della polpa	2 ogni 12 mesi
62	Terapia endodontica ad un canale	130,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
63	Terapia endodontica a due canali	170,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
64	Terapia endodontica a tre o quattro canali	220,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
39	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	150,00		1 volta ogni 36 mesi

C - CURE DI II° LIVELLO

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
05	Ortopantomografia	35,00		1 ogni 12 mesi
10	Levigatura e Courettage gengivale (per 4 elementi)	40,00	Esclude il codice 08	2 ogni 12 mesi
48	Rizectomia - per elemento	130,00	Comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
16	Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali	300,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
17	Rizotomia e relative endorali	120,00	Comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
18	Interventi di piccola chirurgia orale (frenulectomia – incisione di ascesso - asportazione di epulide o cisti mucose – opercolotomia – intervento chirurgico preprotesico) e relative endorali	120,00	Comprovata da rx o foto digitale endorale	2 ogni 12 mesi
40	Placca occlusale o bite	400,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 volta ogni 24 mesi
41	Molaggio selettivo per arcata	60,00	Indipendentemente dal numero di sedute	1 sola volta
42	Esame elettromiografico e/o kinesiografico	300,00	Da allegare alla fattura	1 sola volta

OPZIONE TOP

A - IGIENE E PREVENZIONE

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00		1 ogni 12 mesi per controllo programmato, solo abbinata a codice 07 o 08. non rimborsabile se seguita da piano di cure
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino ai 13 anni di età	1 ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		1 ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	1 sola volta

B - CURE DI I° LIVELLO (emergenza - prime cure)

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00	Se non già compresa nella prestazione	2 ogni 12 mesi
14	Estrazione di dente o radice	80,00		3 ogni 12 mesi
50	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea parziale e relative endorali	175,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
15	Estrazione di terzo molare in inclusione ossea totale e relative endorali	350,00	Comprovata da rx	
19	Otturazione in composito o amalgama indipendente dalla classe o da più classi sullo stesso dente	90,00	Compreso eventuale incappucciamento della polpa	3 ogni 12 mesi
62	Terapia endodontica ad un canale	130,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	3 ogni 12 mesi
63	Terapia endodontica a due canali	170,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	3 ogni 12 mesi
64	Terapia endodontica a tre o quattro canali	220,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	3 ogni 12 mesi
39	Riparazione di protesi mobile in resina o scheletrica	150,00		1 volta ogni 36 mesi

C - CURE DI II° LIVELLO

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
05	Ortopantomografia	35,00		2 ogni 12 mesi
10	Levigatura e Courettage gengivale (per 4 elementi)	40,00	Esclude il codice 08	2 ogni 12 mesi
48	Rizectomia - per elemento	130,00	Comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
16	Apicectomia (esclusa terapia canalare) e relative endorali	300,00	Comprovata da rx	1 ogni 12 mesi
17	Rizotomia e relative endorali	120,00	Comprovata da rx	2 ogni 12 mesi
18	Interventi di piccola chirurgia orale (frenulectomia – incisione di ascesso - asportazione di epulide o cisti mucose – opercolotomia – intervento chirurgico preprotesico) e relative endorali	120,00	Comprovata da rx o foto digitale endorale	3 ogni 12 mesi
40	Placca occlusale o bite	400,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 volta ogni 24 mesi
41	Molaggio selettivo per arcata	60,00	Indipendentemente dal numero di sedute	1 sola volta
42	Esame elettromiografico e/o kinesiografico	300,00	Da allegare alla fattura	1 sola volta

Segue OPZIONE TOP

D - CURE DI III° LIVELLO

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
51	Ritrattamento endodontico un canale	150,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
52	Ritrattamento endodontico a due canali	200,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
53	Ritrattamento endodontico a tre o quattro canali	250,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
54	Perno endocanalare prefabbricato in grafite o zirconio per ricostruzione coronale	50,00	1 solo perno per elemento, indipendentemente dal numero delle radici. Comprovato da rx	2 ogni 12 mesi
04	Fotografia digitale endorale	8,00	Solo ove richiesta	In numero massimo di 2 per prestazione (prima e dopo)
12	Chirurgia muco-gengivale incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	150,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 49	1 ogni 12 mesi
49	Chirurgia ossea resettiva incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	250,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 12	1 ogni 5 anni
13	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo)	260,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	1 sola volta per arcata
47	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo) con membrana (per emiarcata)	350,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	
20	Intarsi in LP o LNP- ceramici – Inlay e Onlay per elemento	350,00		2 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
27	Impianto osteointegrato per elemento	800,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica. Compresa eventuale DIMA	3 ogni 12 mesi. Non più ripetibili sullo stesso elemento
55	Mini impianti compresi attacchi di pecisione per elemento	500,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica	
56	Pilastro (abutment) o moncone o attacco per protesi rimovibili - per singolo impianto	350,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica	3 ogni 12 mesi. Non più ripetibili sullo stesso elemento

Segue OPZIONE TOP

Segue D - CURE DI III° LIVELLO

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
57	Rialzo del pavimento del seno mascellare	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Esclude codici 13 e 47 su arcata superiore	1 sola volta
58	Distrazione osteo-alveolare per emiarcata	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Comprovata da foto digitale. Esclude codici 13 e 47	1 sola volta
28	Corona provvisoria fissa in resina dura - per elemento	50,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
59	Corona provvisoria armata - per elemento	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	
29	Perno endocanalare fuso, su misura, qualsiasi materiale per elemento	250,00	Compresa ev. cappetta. Richiesta certificazione del laboratorio	2 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
30	Corona o elemento in oro-resina, LNP e composito o ceramica , compreso eventuale fresaggio - per elemento	450,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
31	Corona o faccette ceramica integrale (LP, GALVANICA, ZIRCONIO, TITANIO) per elemento	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
32	Attacco di precisione	200,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
33	Rifacimento in ceramica su struttura di elemento fisso	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
34	Protesi mobile parziale provvisoria in resina di un elemento compresi i ganci	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
35	Per ogni elemento in più	60,00	Solo correlata a 34. Fino ad un massimo di 5 elementi. Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
60	Protesi totale immediata per arcata (provvisoria)	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
36	Protesi mobile totale in resina per arcata (definitiva)	900,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
37	Scheletrato in Cro-Co-Mo o qualsiasi altro materiale	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
38	Per ogni elemento in più	70,00	Solo correlata a 37. Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
61	Ribasamento protesi mobile o rimovibile (diretto o indiretto)	250,00		1 volta ogni 5 anni

OPZIONE EXTRA

A - IGIENE E PREVENZIONE

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
02	Visita odontoiatrica	40,00		1 ogni 12 mesi per controllo programmato, solo abbinata a codice 07 o 08. non rimborsabile se seguita da piano di cure
07	Fluoroprofilassi	30,00	Solo fino ai 13 anni di età	1 ogni 12 mesi
08	Ablazione tartaro	50,00		1 ogni 12 mesi
09	Sigillatura dei solchi per elemento	15,00	Solo fino a 13 anni di età	1 sola volta

B - CURE DI I° LIVELLO (emergenza - prime cure)

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
03	Rx endorale (per due elementi)	16,00	Se non già compresa nella prestazione	2 ogni 12 mesi

C - CURE DI II° LIVELLO

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
05	Ortopantomografia	35,00		2 ogni 12 mesi

D - CURE DI III° LIVELLO

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
51	Ritrattamento endodontico un canale	150,00	Compresa otturazione del canale, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
52	Ritrattamento endodontico a due canali	200,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
53	Ritrattamento endodontico a tre o quattro canali	250,00	Compresa otturazione dei canali, ricostruzione coronale e relative endorali. Comprovate da rx	2 ogni 12 mesi
54	Perno endocanalare prefabbricato in grafite o zirconio per ricostruzione coronale	50,00	1 solo perno per elemento, indipendentemente dal numero delle radici. Comprovato da rx	2 ogni 12 mesi
04	Fotografia digitale endorale	8,00	Solo ove richiesta	In numero massimo di 2 per prestazione (prima e dopo)
12	Chirurgia muco-gengivale incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	150,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 49	1 ogni 12 mesi
49	Chirurgia ossea resettiva incluso qualsiasi tipo di lembo e suture e relative endorali (per emiarcata)	250,00	Comprovata da foto digitale endorale prima e dopo. Esclude il codice 12	1 ogni 5 anni
13	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo)	260,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	1 sola volta per arcata
47	Innesto autologo o di materiale biocompatibile (sito singolo o multiplo) con membrana (per emiarcata)	350,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane	

Segue OPZIONE EXTRA

Segue D - CURE DI III° LIVELLO

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
20	Intarsi in LP o LNP- ceramici – Inlay e Onlay per elemento	350,00		2 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
27	Impianto osteointegrato per elemento	800,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica. Compresa eventuale DIMA	3 ogni 12 mesi. Non più ripetibili sullo stesso elemento
55	Mini impianti compresi attacchi di pecisione	500,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica	
56	Pilastro (abutment) o moncone o attacco per protesi rimovibili - per singolo impianto	350,00	Dentalscan pre-impianto ed eventuale rx post-impianto possono essere richiesti per verifica	3 ogni 12 mesi. Non più ripetibili sullo stesso elemento
57	Rialzo del pavimento del seno mascellare	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Esclude codici 13 e 47 su arcata superiore	1 sola volta
58	Distrazione osteo-alveolare per emiarcata	600,00	Comprensivo di prelievi d'osso autologo o di materiali biocompatibili o membrane. Comprovata da foto digitale. Esclude codici 13 e 47	1 sola volta
28	Corona provvisoria fissa in resina dura - per elemento	50,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
59	Corona provvisoria armata - per elemento	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	
29	Perno endocanalare fuso, su misura, qualsiasi materiale per elemento	250,00	Compresa ev. cappetta. Richiesta certificazione del laboratorio	2 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
30	Corona o elemento in oro-resina, LNP e composito o ceramica , compreso eventuale fresaggio - per elemento	450,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
31	Corona o faccette ceramica integrale (LP, GALVANICA, ZIRCONIO, TITANIO) per elemento	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	4 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
32	Attacco di precisione	200,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
33	Rifacimento in ceramica su struttura di elemento fisso	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni
34	Protesi mobile parziale provvisoria in resina di un elemento compresi i ganci	150,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni

Segue OPZIONE EXTRA

Segue D - CURE DI III° LIVELLO

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa (€)	Vincoli tecnici sulle prestazioni	Limiti temporali alle prestazioni
35	Per ogni elemento in più	60,00	Solo correlata a 34. Fino ad un massimo di 5 elementi. Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
60	Protesi totale immediata per arcata (provvisoria)	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
36	Protesi mobile totale in resina per arcata (definitiva)	900,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
37	Scheletrato in Cro-Co-Mo o qualsiasi altro materiale	600,00	Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
38	Per ogni elemento in più	70,00	Solo correlata a 37. Richiesta certificazione del laboratorio	1 ogni 5 anni
61	Ribasamento protesi mobile o rimovibile (diretto o indiretto)	250,00		1 volta ogni 5 anni

RBM Salute S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
via Forlanini 24 - 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)
Tel: +39 - 0422/1745111 | Fax: +39 - 0422 1745025

Sede Secondaria:
via Victor Hugo, 4 - 20123 Milano (MI)
Tel. +39 02 91431789 | Fax +39 02 91431702

direzionecommerciale@rbmsalute.it | info@rbmsalute.it | www.rbmsalute.it

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY

Informativa ai sensi dell'art. 13 Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n°196
In conformità all'art. 13 del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n°196 (di seguito denominato Codice), la sottoscritta Società – in qualità di titolare - La informa sull'uso dei Suoi dati personali e sui Suoi diritti (art. 7 del Codice).

a) Trattamento dei dati personali per finalità assicurative
Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che la nostra Società intende acquisire o già detiene dati personali che La riguardano, eventualmente anche sensibili (1), al fine di fornire i servizi assicurativi da Lei richiesti o in Suo favore previsti. Senza i Suoi dati – alcuni dei quali ci debbono essere forniti da Lei o da terzi per obbligo di legge(2),– non potremo fornirLe, in tutto o in parte, i nostri servizi e/o prodotti assicurativi.

b) Trattamento dei dati personali per finalità promozionali e/o ricerche di mercato
In caso di Suo consenso i Suoi dati potranno essere utilizzati al fine di rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela, di effettuare ricerche di mercato e indagini statistiche e di svolgere attività promozionali di servizi e/o prodotti propri o di terzi. Precisiamo che il consenso è, in questo caso, del tutto facoltativo e che il Suo eventuale rifiuto non produrrà alcun effetto sulla fornitura dei servizi e/o prodotti assicurativi indicati nella presente informativa.

Modalità di trattamento e comunicazione dei dati personali
I dati, forniti da Lei o da altri soggetti(3), sono solo quelli strettamente necessari per il conseguimento delle finalità sopra citate. I dati sono trattati, anche con l'ausilio di strumenti elettronici e automatizzati, con modalità e procedure strettamente necessarie agli scopi descritti nella presente informativa, anche quando sono comunicati ad altri soggetti connessi al settore assicurativo e riassicurativo, in Italia o all'estero.
I Suoi dati possono essere conosciuti dai nostri collaboratori specificamente autorizzati a trattarli, in qualità di Responsabili o Incaricati, per il perseguimento delle finalità sopraindicate.
I Suoi dati possono essere comunicati ad altri soggetti, facenti parte del settore assicurativo o ad esso correlati, con funzioni di natura tecnica, organizzativa e operativa(4). Tali soggetti tratteranno i Suoi dati nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute, in qualità di Responsabili o Incaricati ovvero in totale autonomia, in qualità di distinti Titolari.
I Suoi dati non sono soggetti a diffusione.

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico
Capitale Sociale € 20.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F./P. IVA 05796440963 - R.E.A. 360145
Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).

Diritti dell'interessato(5)

Titolare del trattamento è RBM Salute S.p.A. che si avvale di Responsabili.
Lei ha il diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che la riguardano e la loro comunicazione in forma intelligibile. Lei ha anche il diritto di ottenere l'indicazione dell'origine dei Suoi dati personali, delle finalità e modalità del trattamento, dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati; ha inoltre il diritto di ottenerne l'aggiornamento, la rettificazione, l'integrazione, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima, il blocco e di opporsi al loro trattamento.
Per l'esercizio dei suoi diritti ai sensi dell'art.7 del Codice e per informazioni dettagliate circa i soggetti o le categorie di soggetti ai quali i dati sono comunicati o che ne vengono a conoscenza in qualità di Responsabili o Incaricati, può rivolgersi al responsabile designato per il riscontro all'interessato inviando una mail all'indirizzo privacy@rbmsalute.it, o in alternativa scrivendo all'ufficio privacy presso la sede secondaria di RBM Salute S.p.A. Via Via Victor Hugo, 4 – 20123 Milano.

Secondo la presente informativa Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità assicurative, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi, come previsto dal precedente paragrafo a):

Luogo e data	Contraente/Assicurato **(leggibili)**	Firma **(in caso di minore firma del genitore esercente la patria potestà)**
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Secondo la presente informativa Lei può esprimere il consenso al trattamento dei dati personali comuni e sensibili per finalità promozionali e/o ricerche di mercato, alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi, come previsto dal precedente paragrafo b):

☐ do il consenso ☐ nego il consenso

Luogo e data	Contraente/Assicurato **(leggibili)**	Firma **(in caso di minore firma del genitore esercente la patria potestà)**
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico
Capitale Sociale € 20.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F./P. IVA 05796440963 - R.E.A. 360145
Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).

Note

1) L'art. 4, comma 1 lett. d) del Codice definisce "sensibili" i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale.

2) Ad esempio lo prevede la disciplina contro il riciclaggio.

3) Ad esempio: contraenti di polizze collettive o individuali che La qualificano come assicurato, beneficiario o danneggiato; coobbligati; altri operatori assicurativi (Agenti, Brokers di assicurazioni, Assicuratori etc.); soggetti che per soddisfare le Sue richieste (quali una copertura assicurativa, la liquidazione di un sinistro etc.), forniscono informazioni commerciali; organismi associativi e consortili propri del settore assicurativo; altri soggetti pubblici.

4) Si tratta, in particolare, di soggetti costituenti la cosiddetta "*catena assicurativa*": agenti, subagenti produttori di agenzia, mediatori di assicurazione, banche, SIM ed altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione; assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; legali; strutture sanitarie ed altri erogatori convenzionali di servizi; società del Gruppo a cui appartiene la nostra società ed altre società di servizi, tra cui società cui siano affidati la gestione, la liquidazione ed il pagamento dei sinistri, società di servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di stampa, postali, di revisione contabile e certificazione di bilancio o altri servizi di natura tecnico/organizzativa. Vi sono poi organismi associativi (ANIA) e consortili propri del settore assicurativo nei cui confronti la comunicazione dei dati è strumentale per fornire i servizi sopra indicati o per tutelare i diritti dell'industria assicurativa; altri organismi istituzionali quali IVASS, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero del Lavoro e Previdenza Sociale, CONSAP, UCI, Enti gestori di assicurazioni sociali obbligatorie, Anagrafe Tributaria, Forze dell'Ordine, Magistratura ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, l'Unità di Informazione Finanziaria presso la Banca D'Italia, Casellario Centrale Infortuni).

5) Tali diritti sono previsti e disciplinati dagli artt. 7-10 del Codice. La cancellazione, la trasformazione in forma anonima ed il blocco riguardano i dati trattati in violazione di legge. Per l'integrazione occorre vantare un interesse. L'opposizione può sempre essere esercitata nei riguardi del materiale commerciale pubblicitario, della vendita diretta o delle ricerche di mercato; negli altri casi l'opposizione presuppone un motivo legittimo.

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico
Capitale Sociale € 20.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F./P. IVA 05796440963 - R.E.A. 360145
Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).

RBM Salute S.p.A.
Sede Legale e Direzione Generale:
via Forlanini 24 – 31022 Borgo Verde, Preganziol (TV)
Tel. +39 0422 1745111 – Fax: +39 0422 1745025
direzionecommerciale@rbmsalute.it

Sede Secondaria:
via Victor Hugo,4 - 20123 Milano (MI)
Tel. +39 02 91431789- Fax +39 02 91431702
Internet: www.rbmsalute.it - E-Mail: info@rbmsalute.it

RBM Salute S.p.A. - Socio Unico
Capitale Sociale € 20.000.000 i.v. - C.C.I.A.A. di TV C.F./P. IVA 05796440963 - R.E.A. 360145
Impresa iscritta al numero 1.00161 dell'Albo delle imprese di assicurazione, autorizzata all'esercizio delle Assicurazioni con Provvedimento ISVAP n. 2556 del 17/10/2007 (G.U. 02/11/2007 n. 255).

CONDIZIONI IN ESSERE DAL 16/07/2014

MOD. AP FI RS0009 – ED 07/2014