

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE



Contratto danni di durata annuale per la protezione odontoiatrica.

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

- IL DIP - DOCUMENTO INFORMATIVO PRECONTRATTUALE
- IL DIP AGGIUNTIVO DANNI
- LE CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE COMPRESIVE DI GLOSSARIO

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA PROPOSTA DI ASSICURAZIONE.

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO 06/2020

“PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI”

Documento redatto secondo le linee guida “Contratti Semplice e Chiari”.

Le informazioni precontrattuali e contrattuali complete relative al prodotto sono fornite in altri documenti.

Che tipo di assicurazione è?

È una Polizza a dedicata alla famiglia per la protezione odontoiatrica.



Che cosa è assicurato?

La Polizza HAPPY SMILE riconosce le spese odontoiatriche effettuate dopo la data di decorrenza dell'Assicurazione rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di contratto per:

- ✓ prestazioni di Emergenza Odontoiatrica;
- ✓ prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica.

La Compagnia garantisce all'Assicurato le prestazioni di "Emergenza Odontoiatrica" nonché di "Prevenzione Odontoiatrica" sia presso Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) sia presso Strutture non Convenzionate (a rimborso).

L'Assicurazione è prestata per i Capitali assicurati e/o i Massimali indicati nella Polizza.



Che cosa non è assicurato?

Non è assicurabile:

- ✗ la persona affetta da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.
- ✗ la persona non stabilmente residente in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.
- ✗ l'Assicurato che in fase di sottoscrizione abbia un'età assicurativa superiore a 70 anni.

Inoltre:

- ✗ alla scadenza dell'Assicurazione, l'Età assicurativa massima all'uscita non può essere superiore ai 75 anni compiuti.
- ✗ le Parti ad ogni scadenza annua successiva al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, possono recedere dall'Assicurazione.



Ci sono limiti di copertura?

A titolo esemplificativo e non esaustivo si indicano alcune delle cause per cui l'Assicurazione si intende esclusa.

L'Assicurazione non è operante per:

- ! tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della Data di Decorrenza;
- ! le prestazioni effettuate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione della Polizza, per qualsiasi motivo, anche se la Malattia si è manifestata e l'Infortunio è avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
- ! le cure o trattamenti medico odontoiatrico che non corrisponde alla definizione di Emergenza Odontoiatrica o Prevenzione Odontoiatrica e/o non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate";
- ! le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti all'Albo dei Medici

Chirurghi e Odontoiatri e/o privi di abilitazione professionale;

! trattamenti ortodontici e prestazioni di ortodonzia.

Le prestazioni saranno operanti ed effettive per:

! gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;

! prestazioni di "Emergenza odontoiatrica" e "Prevenzione odontoiatrica": dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.

Restano sempre escluse eventuali Malattie diagnostiche e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami in tale periodo.



Dove vale la copertura?

- ✓ Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole Garanzie, l'Assicurazione è valida in tutto il mondo.



Che obblighi ho?

Quando sottoscrivi il Contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, complete e corrette sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del Contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del Rischio assicurato. Le dichiarazioni, tue o dell'Assicurato se diverso, inesatte o le reticenze 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.

In caso di Sinistro, tu o l'Assicurato – se diverso – o gli aventi diritto deve/devono darne avviso alla Compagnia tempestivamente e fornire la documentazione richiesta e conservare le tracce e gli indizi del Sinistro.



Quando e come devo pagare?

Il Contratto prevede il pagamento di un Premio quale corrispettivo per la durata annuale dell'Assicurazione, il cui importo è indicato in Polizza. Puoi effettuare il pagamento del Premio alla Compagnia tramite addebito diretto Sepa (SDD) sul tuo conto corrente bancario, bonifico o carta di credito. Il Premio annuo è frazionabile a tua scelta, in rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi. L'eventuale frazionamento del Premio non ti esonera dall'obbligo di corrispondere l'intero Premio annuo, ciò anche in caso di cessazione del Rischio nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'Assicurazione ha una durata annuale e, in mancanza di disdetta, il Contratto è prorogato per un anno e così a seguire. Il Contratto di Assicurazione si perfeziona con il tuo pagamento del Premio. L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza, se hai pagato il Premio o la prima rata di Premio; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. La Polizza scadrà alle ore 24.00 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel Contratto. Il Contratto concluso mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui la Compagnia ha raccolto la tua volontà di concludere il Contratto. Da tale momento, la Compagnia garantisce le prestazioni oggetto del Contratto stesso, sempre che tu abbia pagato il Premio.



Come posso disdire la polizza?

Puoi disdire la Polizza inviando alla Compagnia la richiesta di disdetta mediante lettera raccomandata o posta elettronica/posta elettronica certificata almeno 30 giorni prima della Scadenza annuale. Hai la facoltà di recedere dal Contratto concluso mediante Tecniche di Comunicazione nei 14 giorni successivi alla data del primo addebito del Premio. Puoi comunicare la tua volontà alla Compagnia, a mezzo lettera raccomandata o posta elettronica/posta elettronica certificata.

Assicurazione Danni

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

Net Insurance S.p.A.

HAPPY SMILE

Ed. 06/2024

Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile



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

Il Contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del Contratto.

Net Insurance S.p.A. - Società per Azioni fa parte del Gruppo Net Insurance - Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4, 00161 Roma, Tel. 06 89326.1 - Fax 06 89326.800; Sito internet: www.netinsurance.it; Email: info@netinsurance.it; PEC: netinsurance@pec.netinsurance.it.

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni nei rami danni di cui ai Provvedimenti IVASS n. 1756 del 18/12/2000, n. 2131 del 4/12/2002, n.2444 del 10/7/2006, n. 3213000422 del 9/4/2013 e n. 231077 del 20/12/2017. Iscritta all'Albo delle imprese IVASS n. 1.00136.

Il patrimonio netto di Net Insurance S.p.A. ammonta a € 98,3 milioni, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a € 17,6 milioni e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammontano a € 80,7 milioni. Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammonta a € 50,3 milioni; il requisito patrimoniale minimo (MCR) ammonta a € 18,7 milioni e i fondi propri ammissibili a copertura del requisito patrimoniale di solvibilità ammontano a € 101,6 milioni. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 201,86%. Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2023 disponibile sul sito internet dell'impresa al seguente link: <http://www.netinsurance.it>

Al Contratto si applica la legge italiana.



Che cosa è assicurato?

È una Polizza a dedicata alla famiglia per la protezione odontoiatrica.

In caso di spese odontoiatriche effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, fermo i Termini di Carenza, e rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di Contratto, la Compagnia riconosce, entro i limiti indicati dall'assicurazione, le spese per:

- prestazioni di Emergenza Odontoiatrica;
- prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica

Resta inteso che la prevenzione odontoiatrica non è resa necessaria da Malattia o Infortunio.

La Compagnia garantisce all'Assicurato le prestazioni di "Emergenza Odontoiatrica" nonché di "Prevenzione Odontoiatrica" sia presso Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) attivando preventivamente il Pagamento diretto sia presso Strutture non Convenzionate (a rimborso).

Le prestazioni usufruite presso le Strutture Convenzionate attivando il Pagamento diretto sono gratuite per l'Assicurato, la spesa rimane a totale carico della Compagnia.

Nel caso in cui l'Assicurato optasse per le Strutture non Convenzionate (a rimborso), l'importo massimo riconosciuto dalla Compagnia non potrà essere superiore all'importo indicato dall'Assicurazione.

Nel caso di utilizzo del SSN è previsto il rimborso al 100% del ticket, fermo i limiti indicati dall'Assicurazione.

I limiti si intendono applicati per prestazione.



Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.

Non sono, altresì, assicurabili le persone non stabilmente residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

L'Assicurazione non è operante per:

1. tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della Data di Decorrenza;
2. le prestazioni effettuate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione della Polizza, per qualsiasi motivo, anche se la Malattia si è manifestata e l'Infortunio è avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;
3. le cure o trattamenti medico odontoiatrico che non corrisponde alla definizione di Emergenza Odontoiatrica o Prevenzione Odontoiatrica e/o non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate";
4. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e/o privi di abilitazione professionale;
5. trattamenti ortodontici e prestazioni di ortodonzia;
6. le procedure sperimentali o non riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni odontoiatriche;
7. gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
8. le spese sostenute in conseguenza di Malattie mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 10° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD10-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
9. le prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;
10. le estrazioni di denti decidui (da latte);
11. le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti e 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 removibile.
12. i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca;
13. gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
14. gli Infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), o allucinogeni;
15. le conseguenze dirette e indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
16. 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, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
17. le cure ed interventi relativi a infezioni da HIV e sindromi correlate con o senza AIDS;
18. controlli di routine e/o check-up, salvo quanto previsto per le prestazioni di "Prevenzione Odontoiatrica";
19. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
20. gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
21. qualsiasi prestazione medica relativa a denti mancanti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
22. interventi che richiedano anestesia generale o sedazione totale.

Le patologie preesistenti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione sono escluse solo per le prestazioni da "Emergenza Odontoiatrica".

Le prestazioni saranno operanti ed effettive salvo le esclusioni, per:

- gli Infortuni: dalle ore 24:00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;

- prestazioni di "Emergenza odontoiatrica" e "Prevenzione odontoiatrica": dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.
Restano escluse, anche successivamente al Termine di Carenza, eventuali Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami in tale periodo.



Ci sono limiti di copertura?

Di seguito le tabelle riepilogative dei limiti di Indennizzo, Franchigie e/o Scoperti per ogni Garanzia.

Garanzie	Franchigie	Scoperti	Carenze	Limiti di Indennizzo			
				Codice	Descrizione	Cure eseguite in strutture Convenzionate (pagamento diretto)	Cure eseguite in strutture non Convenzionate (a rimborso)
Dental	--	--	30 giorni	SD01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	Tutte le Prestazioni sono gratuite per l'Assicurato. Il costo rimane a carico della Società di assicurazione	€ 16.50
				SD02	Radiografia per 1 o 2 denti congiunti o endorale per 2 elementi vicini		€ 16.50
				SD03	Radiografia per monitorare la cura iniziata		€ 12.75
				SD12	Otturazione per carie semplice cavità di I e V classe di Black		€ 30.00
				SD13	Otturazione per carie profonde Cavità di II classe di Black		€ 52.50
				SD17	Ricostruzione coronale in amalgama a più cuspidi		€ 71.25
					Ricostruzione coronale in composto - colore dente		€ 90.00
				SD30	Estrazione semplice di dente o radice		€ 22.50
				SD37	Reinserimento di dente avulso		€ 60.00
				SD54	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione monocalare		€ 52.50
				SD55	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione bicanalare		€ 82.50
				SD56	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione tricanalare		€ 120
				SD57	Medicazioni canalari e sedute per specificazione		€ 26.25
				SD94	Riparazione di fratture nella parte acrilica di dentiere parziali o totali realizzate nello studio odontoiatrico, medicazione in caso di stomatite protesica		€ 30.00
				SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)		€ 10.00
SD08	Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curettaggio manuale	€ 41.25					

				superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale; igiene orale	
			SD11	Assorbimento di fluoro nello smalto (lucidatura), applicazioni topiche di oligoelementi	€ 15.00

I limiti di Indennizzo si intendono applicati per Prestazione.



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

Cosa fare in caso di sinistro?	<p>Denuncia di Sinistro</p> <p>Per denunciare un Sinistro:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia - Per telefono: 02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00 (da contattare anche per chiarimenti) - Per e-mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it - Via Internet o tramite app dedicata: https://app.myassistance.eu <p>Per inoltrare un reclamo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Net Insurance S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani, 4 - 00161 ROMA - Fax +39 06 89326570 - PEC: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it <p>Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri la Compagnia si avvale della Centrale Operativa MyAssistance, con sede legale in Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Milano, che risponde ai seguenti numeri per chiamate dall'Italia e dall'estero: 02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00 per ricevere informazioni relative alle coperture, alla modalità di attivazione delle prestazioni e del Sinistro (denuncia e stato lavorazione), stesso numero attivo H24 per la gestione delle emergenze.</p> <p>Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, nel contattare la Centrale Operativa presta il consenso al trattamento dei suoi dati.</p> <p>L'Assicurato può:</p> <ul style="list-style-type: none"> - richiedere alla Compagnia di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate con la Centrale Operativa; - richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate. <p>Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)</p> <p>L'Assicurato ha l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente alla Centrale Operativa l'autorizzazione al Pagamento diretto, contattando il numero indicato 02 303500015. La Centrale Operativa prenoterà per conto dell'Assicurato l'appuntamento presso la Struttura Convenzionata.</p> <p>L'elenco delle Strutture Convenzionate è disponibile nel sito http://www.myassistance.it/networks/network-odontowelfare/elenco-strutture.html o sull'app dedicata della Centrale Operativa dove l'Assicurato accede con le proprie credenziali.</p> <p>In occasione della prima attivazione della Polizza il dentista dovrà compilare l'odontogramma che riepiloga lo stato di salute della bocca dell'Assicurato.</p> <p>Inoltre, durante la prima visita sarà richiesto all'Assicurato di sottoscrivere con il medico dentista il proprio budget cure odontoiatriche (BCO) per l'approvazione delle prestazioni incluse nel Piano Assicurativo. I trattamenti e le prestazioni non compresi nel Piano Assicurativo verranno fatturate direttamente all'Assicurato.</p> <p>L'odontogramma e il BCO saranno forniti dalla Centrale Operativa direttamente alla Struttura Convenzionata.</p> <p>In caso di prestazione resa necessaria da Infortunio l'Assicurato dovrà fornire alla Centrale Operativa il referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. OPT, radiografie).</p>
---------------------------------------	---

	<p>Strutture non Convenzionate (a rimborso)</p> <p>Al termine delle cure, l'Assicurato deve inviare la richiesta di Rimborso completa di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - modulo di rimborso compilato in ogni sua parte e sottoscritto dall'Assicurato con eventuale supporto del dentista (il modulo deve essere richiesto alla Centrale Operativa) - copia delle fatture valide ai fini fiscali, con dettaglio della singola prestazione effettuata, relativo costo e data in cui le singole prestazioni sono state eseguite; - in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio, referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. OPT, radiografie). <p>La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato tramite mail all'indirizzo: sinistri.netinsurance@myassistance.it</p> <p>Il pagamento dell'Indennizzo in caso di Sinistro viene riconosciuto dalla Compagnia a ricezione di tutta la documentazione completa e se, a seguito dell'istruttoria, il Sinistro è indennizzabile ai sensi di Polizza.</p>
	<p>Assistenza diretta/in convenzione</p> <p>Enti/strutture convenzionate con la Società: MyAssistance S.r.l., Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Milano, c.f. 08667860972, quale società di servizi che provvede, per conto della Compagnia, al pagamento diretto dei dentisti convenzionati, oppure al Rimborso agli Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con detti dentisti convenzionati.</p> <p>Prescrizione: i diritti derivanti dall'Assicurazione nei Rami Danni si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.</p>
Dichiarazioni inesatte o reticenti	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.
Obblighi dell'impresa	Il pagamento dell'Indennizzo in caso di Sinistro viene riconosciuto dalla Compagnia a ricezione di tutta la documentazione completa e se, a seguito dell'istruttoria, il Sinistro è indennizzabile ai sensi di Polizza.

 Quando e come devo pagare?	
Premio	<p>Il Contratto prevede il pagamento di un Premio quale corrispettivo per la durata annuale dell'Assicurazione, il cui importo è indicato in Polizza. Puoi effettuare il pagamento del Premio alla Compagnia tramite addebito diretto Sepa (SDD) sul tuo conto corrente bancario, bonifico o carta di credito.</p> <p>Il Premio annuo è frazionabile a tua scelta, in rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi. L'eventuale frazionamento del Premio non ti esonera dall'obbligo di corrispondere l'intero Premio annuo, ciò anche in caso di cessazione del Rischio nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione.</p> <p>Il Premio di Assicurazione è comprensivo di imposta.</p>
Rimborso	Non previsto.
Sconti	Non previsti.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	<p>L'Assicurazione ha una durata annuale e, in mancanza di disdetta mediante lettera raccomandata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale, il Contratto è prorogato per un anno e così a seguire.</p> <p>L'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza, se hai pagato il Premio o la prima rata di Premio; altrimenti ha effetto dalle ore 24.00 del giorno del tuo pagamento. La Polizza scadrà alle ore 24.00 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel Contratto.</p> <p>Se il Contratto è concluso mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza, lo stesso decorre dalle ore 24.00 del giorno stesso in cui la Compagnia ha raccolto la tua volontà di concludere il Contratto. A partire da tale momento, la Compagnia garantisce a te o all'Assicurato, se diverso, le prestazioni oggetto del Contratto stesso, sempre che tu abbia pagato il Premio.</p> <p>Il Contratto prevede comunque dei periodi di Carenza, ove la copertura non è operante, come indicato nella tabella della Sezione "Ci sono limiti di copertura?" del presente documento.</p>
Sospensione	Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, a parziale deroga dell'art. 1901 c.c., l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza del

pagamento e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	In caso di vendita mediante Tecniche di Comunicazione a Distanza, il Contraente può recedere dalla copertura assicurativa nei 14 giorni successivi al pagamento del Premio.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

HAPPY SMILE è dedicata agli Assicurati con Età Assicurativa massima all'ingresso pari a 70 anni ed in uscita pari a 75 anni che vogliono proteggere loro stessi e la famiglia per la protezione odontoiatrica.



Quali costi devo sostenere?

Costi di intermediazione

Sul Premio pagato, incidono i seguenti costi per l'intermediazione assicurativa, a carico del Contraente:

- quota parte del Premio imponibile in valore percentuale, percepita in media per l'intermediazione assicurativa pari al 30%.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	<p>Eventuali reclami relativi ad un contratto o servizio assicurativo nei confronti dell'Impresa di assicurazione o dell'Intermediario assicurativo con cui si entra in contatto, devono essere preliminarmente presentati per iscritto (email/PEC, posta, fax,) all'Ufficio Reclami secondo le seguenti modalità:</p> <ul style="list-style-type: none">- PEC: ufficio.reclami@pec.netinsurance.it- Posta: NET INSURANCE S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani n. 4 - 00161 ROMA- Fax: +39 06 89326.570 <p>avendo cura di indicare:</p> <ul style="list-style-type: none">- nome e cognome, indirizzo completo e recapito telefonico del reclamante;- numero della Polizza e nominativo del Contraente;- numero e data del Sinistro al quale si fa riferimento;- indicazione del soggetto o dei soggetti di cui si lamenta l'operato;- breve ed esaustiva descrizione del motivo di lamentela;- ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze. <p>Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente.</p> <p>Ove applicabile, per eventuali reclami aventi ad oggetto il comportamento di un Agente piuttosto che di un collaboratore/dipendente di quest'ultimo, il termine di riscontro di cui sopra potrà essere sospeso per un periodo di 15 giorni, al fine di garantire il contraddittorio con il suddetto intermediario e consentire allo stesso di effettuare le necessarie integrazioni istruttorie e di esprimere le proprie posizioni relativamente all'oggetto del reclamo così come previsto dalla normativa vigente.</p> <p>Nel caso di mancato o parziale accoglimento del reclamo, nella risposta verrà fornita una chiara spiegazione della posizione assunta sia dalla Compagnia che dall'Agente interessato in relazione al reclamo stesso ovvero della sua mancata risposta.</p> <p>Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.netinsurance.it</p>
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it . Info su: www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Mediazione	Interpellando un Organismo di Mediazione tra quelli presenti nell'elenco del Ministero della Giustizia, consultabile sul sito www.giustizia.it . (Legge 9/8/2013, n. 98).
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.

Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	Per la risoluzione di liti transfrontaliere il reclamo può essere presentato direttamente al sistema estero competente ossia quello in cui ha sede l'impresa che ha stipulato il Contratto (rintracciabile all'indirizzo http://www.ec.europa.eu/odr) attivando la procedura FIN - NET oppure direttamente all' IVASS, che provvederà lei stessa all'inoltro a detto sistema, dandone notizia al reclamante.
--	---

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



Condizioni di Assicurazione

Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Sommario

PREMESSA	2
GLOSSARIO	3
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	5
Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio	5
Art. 2 - Effetto, durata e disdetta del Contratto - Premio	5
Art. 3 - Variazioni del Premio e delle condizioni di assicurazione alla Scadenza dell'Assicurazione	6
Art. 4 - Effetto, durata e disdetta del Contratto stipulato mediante tecniche di comunicazione a distanza	6
Art. 5 - Modifiche dell'Assicurazione	6
Art. 6 - Forma delle comunicazioni	6
Art. 7 - Diminuzione del Rischio	6
Art. 8 - Validità territoriale	6
Art. 9 - Prova	6
Art. 10 - Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza	6
Art. 11 - Oneri fiscali	6
Art. 12 - Altre assicurazioni	7
Art. 13 - Limite massimo dell'Indennizzo	7
Art. 14 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente	7
Art. 15 - Home Insurance (Area Riservata)	7
Art. 16 - Termine di Prescrizione	7
Art. 17 - Glossario / Rinvio alle norme di Legge e Legge applicabile al Contratto	7
CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ	7
Art. 18 - Limiti di età – Adeguamento automatico del Premio in base all'Età Assicurativa	7
Art. 19 - Persone non assicurabili	8
Art. 20 - Modalità assuntive	8
COSA È ASSICURATO	8
Art. 21 - Oggetto dell'Assicurazione	8
COSA NON È ASSICURATO	9
Art. 22 - Esclusioni	9
LIMITI DI COPERTURA	10
Art. 23 - Patologie preesistenti	10
Art. 24 - Termini di Carenza	10
Art. 25 - Responsabilità	11
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO	11
Art. 26 - Denuncia di Sinistro	11
Art. 27 - Gestione del Sinistro	11
Art. 28 - Restituzione delle somme indebitamente pagate	12
Art. 29 - Documentazione da inviare in caso di Sinistro	12
Art. 30 - Pagamento dell'Indennizzo/Rimborso dei Sinistri a rimborso	13
INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI	1
CONTATTI UTILI	1



Condizioni di Assicurazione

Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



PREMESSA

HAPPY SMILE è una Polizza dedicata alla famiglia per la protezione odontoiatrica.

Il prodotto prevede 2 Garanzie, sempre operanti:

- prestazioni di Emergenza Odontoiatrica;
- prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica.

Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine seguenti formano parte integrante della Polizza sottoscritta dal Contraente. L'Assicurazione vale esclusivamente per le Garanzie riportate a stampa sul Modulo di Polizza ed è prestata per i Capitali assicurati e/o i Massimali ivi indicati. Le Garanzie non hanno Franchigie, le Carenze e i limiti di Indennizzo sono riportate/i all'interno delle presenti Condizioni di Assicurazione
Le coperture assicurative richiamate in Polizza sono operanti se è stato pagato il relativo Premio.

Avvertenza

A fine di agevolare la lettura e la comprensione del testo contrattuale, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 209/05, le clausole che indicano decadenza, nullità o limitazione delle Garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono state evidenziate: con fondo colorato o in grassetto nelle Condizioni di Assicurazione.

I termini che nel testo contrattuale rinviano al Glossario sono riportati con iniziale in maiuscolo nel testo contrattuale.



Condizioni di Assicurazione

Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



GLOSSARIO

Nel testo delle Condizioni di Assicurazione si incontrano spesso le parole e i termini elencati, ai quali la Compagnia e il Contraente attribuiscono il significato di seguito espresso, che assume pieno valore ai fini dell'interpretazione della normativa contrattuale.

Definizioni

Anno assicurativo

Periodo continuativo calcolato in 12 mesi a partire dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza.

Arbitrato

Le Parti, di comune accordo, rinunciano al ricorso all'Autorità Giudiziaria ordinaria per risolvere controversie che riguardano l'interpretazione o l'esecuzione del Contratto. Esso può essere rituale, quando la decisione degli arbitri (lodo) ha efficacia pari alla sentenza di un giudice, oppure irrituale quando gli arbitri regolano senza particolare formalità il rapporto controverso e la loro decisione è vincolante solo tra le Parti.

Assicurato

Il soggetto il cui interesse è protetto dall'Assicurazione.

Assicurazione

Il presente Contratto di Assicurazione.

Capitale Assicurato

L'importo massimo che la Compagnia indennizza in caso di Sinistro ed è riportato in Polizza.

Carenza

Periodo successivo alla stipula dell'assicurazione durante il quale non è operante la copertura.

Centrale Operativa

La struttura di MyAssistance costituita da personale con competenze tecnico mediche, incaricata per la gestione delle informazioni relative a richieste per prestazioni previste dall'Assicurazione.

Compagnia

Net Insurance S.p.A..

Contraente

Il soggetto che stipula il Contratto di Assicurazione, nell'interesse proprio e/o di altre persone e su cui cade l'onere del pagamento del Premio.

Danni

I danni risarcibili ai sensi di Legge in conseguenza di morte o lesioni personali e/o distruzione o deterioramento di cose.

Data di Decorrenza

Il momento da cui decorre l'Assicurazione, fatto salvo quanto previsto nei Termini di Carenza.

Emergenza Odontoiatrica

Qualsiasi evento imprevisto o improvviso che richieda cure odontoiatriche urgenti e che implichi procedure o servizi, coperti dalla presente assicurazione, indicati per trattare i dolori dovuti a: infezioni, ascessi, carie, pulpite, infiammazioni o emorragie.

La presente copertura riguarda non solo il primo trattamento di emergenza, ma l'intero trattamento fino alla soluzione della situazione di emergenza.

Età Assicurativa

L'età convenzionale della persona determinata in anni interi attribuita per tutto il periodo compreso tra i sei mesi che precedono e seguono il relativo compleanno.

Franchigia

Il numero di giorni o l'importo (espresso in valore assoluto o in percentuale sul capitale/massimale assicurato) dedotti dal danno indennizzabile, che l'Assicurato tiene a suo carico.

Se non diversamente indicato, la Franchigia si applica per Evento.

Garanzia

La copertura assicurativa, per la quale, in caso di sinistro, la Compagnia procede all'Indennizzo del danno subito dall'Assicurato e per la quale sia stato pagato il relativo Premio, salvo quanto previsto alla voce "Assistenza".

Gruppo Familiare

L'insieme delle persone assicurate per la Sezione 4 – Malattia facenti parte del medesimo Stato di Famiglia purché siano i coniugi, i conviventi di fatto, gli uniti civilmente, nonché i relativi figli di ciascuno di essi, per un massimo di 5 persone all'interno dello stesso Gruppo Familiare. Anche se non facenti parte del medesimo Stato di Famiglia sono assicurabili i figli non conviventi, fiscalmente e non fiscalmente a carico.

Indennizzo o indennità o rimborso

La somma dovuta dalla Compagnia in caso di Sinistro.

Infortunio

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

Istituto di cura

Ospedale, clinica, casa di cura o istituto universitario, regolarmente autorizzati all'erogazione dell'assistenza ospedaliera, anche in regime di degenza diurna. Non sono convenzionalmente considerati Istituti di cura gli stabilimenti termali, le strutture che hanno prevalentemente finalità dietologiche, estetiche, fisioterapiche e riabilitative, toterapiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani, i centri di benessere.

IVASS

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni, denominazione assunta da ISVAP dal 1° gennaio 2013

Malattia

Ogni alterazione 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



Condizioni di Assicurazione



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia

capitolo V della 10° revisione della Classificazione Internazionale della Malattie (ICD-10 dell'OMS).

Massimale

La somma stabilita nella Polizza, fino alla concorrenza della quale, per ciascun Sinistro e Anno assicurativo, la Compagnia presta la Garanzia.

MyAssistance

MyAssistance S.r.l., con sede legale in Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Milano, c.f. 08667860972, quale società di servizi che provvede, per conto della Compagnia, al Pagamento diretto dei dentisti convenzionati, oppure al Rimborso agli Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con detti dentisti convenzionati.

Parte

La Compagnia ed il Contraente, quando riferiti singolarmente.

Parti

La Compagnia ed il Contraente, quando riferiti congiuntamente.

Patologie preesistenti

Malattie già conosciute, diagnosticate e/o che abbiano dato origine a cure mediche o esami clinici (strumentali e di laboratorio) prima della Data di Decorrenza della Polizza.

Periodo di Durata dell'Assicurazione.

Il periodo di durata del contratto di assicurazione indicato in Polizza.

Piano Assicurativo

Prestazioni sanitarie assicurate, scelte dall'Assicurato e indicate in Polizza.

Polizza

Il documento che prova l'Assicurazione e che riporta gli elementi principali dell'Assicurazione (decorrenza, scadenza, Premio, Piano assicurativo, etc.).

Premio

La somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

Prescrizione

Estinzione del diritto per mancato esercizio dello stesso entro i termini di legge.

Prestazione

L'assistenza da erogarsi in natura da parte della Compagnia tramite la Struttura Organizzativa, nel momento del bisogno.

Prevenzione odontoiatrica

Una serie di misure o azioni destinate a promuovere la salute orale che implicano procedure o servizi coperti dalla presente assicurazione, indicate al fine di evitare la formazione di carie dentarie o malattie periodontali.

Rami Danni

I rami di esercizio dell'attività assicurativa, diversi dal Ramo Vita.

Recesso

Diritto di recedere dall'Assicurazione e di farne cessare gli effetti.

Rischio

La probabilità che si verifichi il Sinistro e l'entità dei danni che possono derivarne.

Scadenza dell'Assicurazione

La data in cui cessano gli effetti dell'Assicurazione.

Scoperto

La percentuale del Danno che rimane a carico dell'Assicurato. Se non diversamente indicato, si applica per Evento.

Set Informativo

L'insieme della documentazione contrattuale (DIP Base, DIP Aggiuntivo, Condizioni di Assicurazione comprensive del Glossario) da consegnare al Contraente prima della sottoscrizione della Polizza.

Sinistro

Il verificarsi dell'evento dannoso per il quale è prestata l'Assicurazione.

Sport Professionistico

Attività svolta da atleti che esercitano, a titolo oneroso, continuativo o in via prevalente rispetto ad altre attività professionali, una disciplina sportiva.

SSN

Servizio Sanitario Nazionale.

Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

Rete convenzionata. costituita da Ospedali, Istituti di Carattere scientifico, Case di cura, Centri diagnostici, Poliambulatori, Laboratori, Centri fisioterapici, medici specialisti, centri e studi odontoiatrici, medici odontoiatrici nonché da professionisti medici che esercitano nell'ambito di queste.

Il Pagamento diretto presuppone l'utilizzo da parte dell'Assicurato delle Strutture Convenzionate previa autorizzazione della Centrale Operativa, la quale prenderà a suo carico i costi delle prestazioni entro i Massimali assicurati, senza alcun anticipo da parte dell'Assicurato. L'Assicurato pagherà esclusivamente eventuali Franchigie, Scoperti o somme eccedenti i Massimali. Sia l'Istituto di Cura che l'equipe medica devono essere convenzionati.

Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Strutture non facenti parte delle Strutture Convenzionate con la società di servizi, con erogazione delle prestazioni a Rimborso.

Tecniche di Comunicazione a Distanza

Qualunque strumento che, senza la presenza fisica e simultanea della Compagnia e del Contraente, possa impiegarsi per la conclusione del Contratto di dette Parti.

Termini di Carenza

Periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza della Polizza durante il quale le Garanzie non sono operanti. Vuol dire che se il Sinistro avviene in quel periodo di tempo o il Ricovero o le cure odontoiatriche iniziano durante il periodo di Carenza e proseguono oltre lo stesso, l'Assicurato non ha diritto all'Indennizzo.

Visite Specialistiche

La visita viene effettuata da medico fornito di specializzazione, per diagnosi e prescrizioni di terapie cui tale specializzazione si riferisce. Sono ammesse esclusivamente le visite di medicina tradizionale, con esclusione di quelle effettuate da medici praticanti le medicine alternative. Sono altresì escluse le specializzazioni in Medicina Generale e Pediatria di routine.



NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio

Le dichiarazioni del Contraente e dell'Assicurato devono essere veritiere, complete e corrette. Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del Contraente e dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del rischio, possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo e la cessazione dell'Assicurazione.

La Compagnia, infatti, ha diritto,

nel caso in cui la verità sia stata alterata con dolo o colpa grave:

- di contestare la validità del Contratto e di richiederne l'annullamento entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o reticenza;
- di rifiutare la Prestazione ovvero il pagamento dell'Indennizzo, se il Sinistro si verifica prima che sia decorso il termine sopra indicato;
- di trattenere i Premi relativi al periodo di Assicurazione, in corso al momento in cui ha richiesto l'annullamento.

nel caso in cui la verità sia stata alterata senza dolo o colpa grave:

- di recedere dal Contratto entro tre mesi dal giorno in cui ha conosciuto l'inesattezza della dichiarazione o reticenza;
- di ridurre in caso di Sinistro e in ogni tempo, le somme assicurate in proporzione al Premio convenuto e a quello che sarebbe stato applicato se si fosse conosciuto il reale stato del rischio.

Art. 2 - Effetto, durata e disdetta del Contratto - Premio

Fermi i Termini di Carenza di cui all'Art. 24, l'Assicurazione ha effetto dalle ore 24.00 del 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 e scadrà alle ore 24.00 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel Contratto stesso.

L'Assicurazione ha durata annuale.

In mancanza di disdetta comunicata da una delle Parti e, pervenuta all'altra Parte almeno 30 giorni prima della scadenza, il Contratto è prorogato per un anno e così a seguire.

Il Contratto prevede il pagamento di un Premio quale corrispettivo per la durata annuale dell'Assicurazione. L'importo del Premio è indicato in Polizza.

Il pagamento del Premio può essere effettuato dal Contraente tramite addebito diretto Sepa (SDD) sul proprio conto corrente bancario o tramite bonifico o carta di credito.

L'importo del Premio annuo è frazionabile, a scelta del Contraente, in rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi. Il frazionamento del Premio non esonera il Contraente dall'obbligo di pagare l'intero Premio annuo, ciò anche in caso di cessazione del Rischio nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, a parziale deroga dell'art. 1901 c.c. – Mancato pagamento del Premio, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24.00 del 30° giorno dopo quello della scadenza del pagamento e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno del pagamento. Ai sensi dell'art. 1901 c.c. il Contratto è risolto di diritto se la Compagnia, nel termine di 6 mesi dal giorno in cui il Premio o la rata sono scaduti, non agisce per la riscossione; la Compagnia ha diritto solo al pagamento del Premio relativo al periodo di Assicurazione in corso e al rimborso delle spese sostenute.

Nel caso in cui il pagamento del Premio o delle successive rate di Premio avvenga con un ritardo superiore ai 90 giorni rispetto alla scadenza stabilita dal Contratto, i termini di Carenza di cui all'Art. 24 - "Termini di Carenza" vengono conteggiati a far data dalle ore 24.00 del giorno in cui si effettua il pagamento.



Condizioni di Assicurazione

Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Art. 3 - Variazioni del Premio e delle condizioni di assicurazione alla Scadenza dell'Assicurazione

Qualora, alla Scadenza dell'Assicurazione, la Compagnia intenda apportare variazioni alle condizioni tariffarie e/o contrattuali rispetto a quelle precedentemente convenute, deve darne comunicazione al Contraente almeno 60 giorni prima della scadenza della Polizza.

Se il Contraente comunica di non accettare le nuove condizioni tariffarie, o non dichiara di accettarle, il Contratto si intende risolto alla Scadenza dell'Assicurazione.

In ogni caso il pagamento del nuovo Premio e il ritiro della relativa quietanza debbano intendersi come dichiarazione di accettazione delle nuove condizioni proposte.

Art. 4 - Effetto, durata e disdetta del Contratto stipulato mediante tecniche di comunicazione a distanza

A parziale rettifica dell'Art. 2 - "Effetto, durata e disdetta del Contratto - Premio", si precisa che il Contratto concluso mediante tecniche di comunicazione a distanza decorre dalle ore 24.00 del giorno in cui la Compagnia ha raccolto la volontà del Contraente di concludere il Contratto (data di effetto del Contratto). Da tale momento, la Compagnia garantisce all'Assicurato le prestazioni oggetto del Contratto, fermo l'obbligo del Contraente al pagamento del Premio. Il Contraente ha facoltà di recedere dalla copertura assicurativa, nei 14 giorni successivi alla data del primo addebito del Premio, comunicando alla Compagnia la propria volontà, a sua scelta:

- a mezzo lettera raccomandata all'indirizzo: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA – Italia;
- a mezzo posta elettronica o posta elettronica certificata all'indirizzo wecare@netinsurance.it.

La Compagnia rimborsa al Contraente l'eventuale Premio addebitato, senza trattenuta alcuna, con le stesse modalità definite per il pagamento dei Premi.

Art. 5 - Modifiche dell'Assicurazione

Le eventuali modificazioni al Contratto di Assicurazione devono essere provate per iscritto.

Art. 6 - Forma delle comunicazioni

Tutte le comunicazioni alle quali il Contraente, l'Assicurato o i Beneficiari sono tenuti, salvo quanto previsto nelle specifiche clausole contrattuali anche in termini di utilizzo di sistemi e documenti informatici, nonché di posta elettronica, devono essere effettuate per iscritto e spiegano effetti dal momento in cui pervengono alla Compagnia, all'indirizzo corrispondente alla sede legale, oppure alla filiale presso la quale è stato emesso il Contratto.

Art. 7 - Diminuzione del Rischio

Nel caso di diminuzione del Rischio la Compagnia è tenuta a ridurre il Premio o le rate di Premio successivi alla comunicazione del Contraente, ai sensi dell'Art. 1897 c.c., e rinuncia al relativo diritto di recesso.

Art. 8 - Validità territoriale

Ferme le eventuali limitazioni territoriali previste per le singole Garanzie, l'Assicurazione è valida in tutto il mondo.

Art. 9 - Prova

È a carico di chi richiede l'Indennizzo, l'Indennità, il Rimborso o la Prestazione, provare che sussistono gli elementi che valgono a costituire il suo diritto.

Art. 10 - Assicurazione per conto altrui – Titolarietà dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza

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 c.c.

Art. 11 - Oneri fiscali

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



Condizioni di Assicurazione

Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Il presente Contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni vigente in Italia.

Art. 12 - Altre assicurazioni

Il Contraente, o l'Assicurato, è esonerato dall'obbligo di denunciare eventuali altre assicurazioni riguardanti gli stessi Rischi garantiti dalla presente Assicurazione.

In caso di Sinistro il Contraente o l'Assicurato ha l'obbligo di darne avviso a tutti gli Assicuratori ed è tenuto a richiedere a ciascuno di essi l'Indennizzo dovuto secondo il rispettivo Contratto autonomamente considerato, ai sensi dell'Art. 1910 c.c..

Art. 13 - Limite massimo dell'Indennizzo

Salvo quanto espressamente previsto alle singole Garanzie, nonché dall'Art. 1914 c.c., a nessun titolo la Compagnia potrà essere tenuta a pagare somma maggiore di quella assicurata, in ragione dei limiti e delle condizioni stabilite per le singole Garanzie.

Art. 14 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente

Tutte le Controversie relative alla presente Assicurazione sono soggette alla giurisdizione italiana. In caso di Controversia tra le Parti, è possibile adire l'Autorità Giudiziaria previo esperimento del tentativo obbligatorio di mediazione ex Art. 5 D. Lgs 28/2010 e successive modifiche ed integrazioni deferendo la Controversia esclusivamente ad organismo di mediazione accreditato presso il Ministero della Giustizia e inserito nel registro degli organismi di mediazione consultabile sul sito del suddetto Ministero (www.giustizia.it). Qualora successivamente si ricorra all'Autorità Giudiziaria, foro competente è il luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato o del Contraente.

Art. 15 - Home Insurance (Area Riservata)

La Compagnia ha reso disponibile sul proprio Sito (<https://www.netinsurance.it>) un'Area internet riservata al Contraente (la cosiddetta area Home Insurance) accessibile tramite credenziali ottenibili con e-mail, codice fiscale e numero della tua Polizza. In tale Area è possibile consultare il Contratto e le coperture assicurative in essere con la Compagnia e gestire telematicamente il Contratto (effettuare il pagamento del Premio, denunciare un Sinistro, richiedere la modifica di dati personali).

Art. 16 - Termine di Prescrizione

Ai sensi e per gli effetti dell'Art. 2952 del Codice Civile, i diritti derivanti dall'Assicurazione nei Rami Danni si prescrivono in due anni da quando si è verificato il fatto su cui si fonda il diritto.

Art. 17 - Glossario / Rinvio alle norme di Legge e Legge applicabile al Contratto

Il Glossario è parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione. Per quanto non diversamente disciplinato dalle presenti Condizioni di Assicurazione si rinvia alle norme di legge vigenti. La legge applicabile al Contratto è quella italiana.

CONDIZIONI DI ASSICURABILITÀ

Art. 18 - Limiti di età – Adeguamento automatico del Premio in base all'Età Assicurativa

L'Assicurazione è operante per gli Assicurati con:

- Età Assicurativa massima all'ingresso: 70 anni;
- Età Assicurativa massima all'uscita: 75 anni.

Le Parti, ad ogni scadenza annua successiva al compimento del 75° anno di età dell'Assicurato, possono recedere dall'Assicurazione relativa a tale persona con preavviso di almeno 30 giorni, salva la validità del Contratto per la restante Parte.



Condizioni di Assicurazione

Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Art. 19 - Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS.

Al manifestarsi di tali condizioni nel corso del Contratto, l'Assicurazione stessa cessa contestualmente - indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato - a norma dell'Art. 1898 del Codice Civile, senza obbligo della Compagnia di corrispondere l'eventuale indennizzo. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, la Compagnia rimborsa al Contraente, entro 45 giorni dalla cessazione della stessa, la parte di Premio, al netto delle imposte già pagate e relativa al tempo che intercorre tra il momento della cessazione del Contratto ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il Premio stesso.

Non sono, altresì, assicurabili le persone non stabilmente residenti in Italia, Repubblica di San Marino e Città del Vaticano.

Art. 20 - Modalità assuntive

L'assunzione del rischio da parte della Compagnia avviene sulla base dei dati forniti nella Polizza e secondo quanto normato all'Art. 19 – "Persone non assicurabili".

Le inesattezze e le reticenze del Contraente/Assicurato relative alle circostanze che influiscono sulla valutazione del Rischio possono comportare la perdita totale o parziale dell'Indennizzo, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli artt. 1892, 1893, 1894 c.c.

COSA È ASSICURATO

Art. 21 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione riconosce, esclusivamente le prestazioni riportate nella "Tabella delle Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" di cui al seguito ed entro i limiti ivi riportati, le spese odontoiatriche effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, fermo i Termini di Carenza di cui all'Art. 24 e rese necessarie da Malattia o Infortunio avvenuto in corso di Contratto (resta inteso che la prevenzione odontoiatrica non è resa necessaria da Malattia o Infortunio) per:

- prestazioni di Emergenza Odontoiatrica;
- prestazioni di Prevenzione Odontoiatrica.

La Compagnia garantisce all'Assicurato le prestazioni di "Emergenza Odontoiatrica" nonché di "Prevenzione Odontoiatrica" sia presso Strutture Convenzionate (Pagamento diretto) attivando preventivamente il Pagamento diretto sia presso Strutture non Convenzionate (a rimborso).

Le prestazioni usufruite presso le Strutture Convenzionate attivando il Pagamento diretto sono gratuite per l'Assicurato, la spesa rimane a totale carico della Compagnia.

Nel caso in cui l'Assicurato optasse per le Strutture non Convenzionate (a rimborso), l'importo massimo riconosciuto dalla Compagnia non potrà essere superiore all'importo presente nella "Tabella delle Prestazioni Odontoiatriche Assicurate".

Nel caso di utilizzo del SSN è previsto il rimborso al 100% del ticket, fermo i limiti indicati nella "Tabella Prestazioni Odontoiatriche Assicurate".



Condizioni di Assicurazione

Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Tabella delle Prestazioni Odontoiatriche Assicurate

I limiti, indicati nelle tabelle sottostanti, si intendono applicati per prestazione.

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

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE DI PREVENZIONE				
Codice	Descrizione	Cure eseguite in Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)	Cure eseguite in Strutture non Convenzionate (a rimborso)	Periodi di carenza
SD00	Esame clinico (diagnosi, prognosi e piano di trattamento)	Prestazioni gratuite per l'Assicurato. Il costo rimane al carico della Compagnia.	€ 10,00	30 giorni
SD08	Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curettaggio manuale superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale e igiene orale		€ 41,25	
SD11	Assorbimento di fluoro nello smalto (lucidatura); applicazioni topiche oligoelementi		€ 15,00	

COSA NON È ASSICURATO

Art. 22 - Esclusioni

L'Assicurazione non è operante per:

1. tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della Data di Decorrenza;
2. le prestazioni effettuate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione della Polizza, per qualsiasi motivo, anche se la Malattia si è manifestata e l'Infortunio è avvenuto durante il periodo di validità dell'Assicurazione;



Condizioni di Assicurazione



Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia

3. le cure o trattamenti medico odontoiatrico che non corrisponde alla definizione di Emergenza Odontoiatrica o Prevenzione Odontoiatrica e/o non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate";
4. le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e/o privi di abilitazione professionale;
5. trattamenti ortodontici e prestazioni di ortodonzia;
6. le procedure sperimentali o non riconosciute di provata efficacia dalle principali Associazioni odontoiatriche;
7. gli Infortuni derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo di paradenti, atletica pesante, lotta in tutte le sue forme, alpinismo con scalata di rocce e ghiacciai superiore al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), sport comportanti l'uso di veicoli a natanti a motore (e relative corse, gare, prove), mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
8. le spese sostenute in conseguenza di Malattie mentali ricomprese nel capitolo V (DISTURBI PSICHICI) della 10° revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD10-CM) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità e/o dell'assunzione di farmaci psicotropi a scopo terapeutico;
9. le prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;
10. le estrazioni di denti decidui (da latte);
11. le prestazioni di rimozione chirurgica di impianti e 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 removibile.
12. i trattamenti delle neoplasie maligne della bocca;
13. gli Infortuni sofferti in stato di ubriachezza alla guida di veicoli in genere od in conseguenza di proprie azioni delittuose;
14. gli Infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), o allucinogeni;
15. le conseguenze dirette e indirette di contaminazioni nucleari, trasmutazioni del nucleo dell'atomo come pure di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche, salvo l'uso terapeutico;
16. 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, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
17. le cure ed interventi relativi a infezioni da HIV e sindromi correlate con o senza AIDS;
18. controlli di routine e/o check-up, salvo quanto previsto per le prestazioni di "Prevenzione Odontoiatrica";
19. le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
20. gli Infortuni derivanti dalla pratica di Sport Professionistici, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
21. qualsiasi prestazione medica relativa a denti mancanti alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
22. interventi che richiedano anestesia generale o sedazione totale.

LIMITI DI COPERTURA

Art. 23 - Patologie preesistenti

Limitatamente alle prestazioni da "Emergenza Odontoiatrica", l'Assicurazione non copre gli stati invalidanti, gli Infortuni e le Malattie in genere già conosciuti, diagnosticati o che abbiano dato origine a cure, esami, anteriormente alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione e relative complicanze, conseguenze dirette e indirette.

Art. 24 - Termini di Carenza

Le prestazioni saranno operanti ed effettive salvo le esclusioni al precedente Art. 23, per:

- gli Infortuni: dalle ore 24.00 della Data di Decorrenza dell'Assicurazione;
- prestazioni di "Emergenza odontoiatrica" e "Prevenzione odontoiatrica": dal 30° giorno successivo alla Data di Decorrenza dell'Assicurazione.



Condizioni di Assicurazione

Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Restano escluse, anche successivamente al Termine di Carenza, eventuali Malattie diagnosticate e/o che abbiano reso necessarie cure mediche o esami in tale periodo.

Art. 25 - Responsabilità

L'Assicurato riconosce espressamente che la Compagnia e la Centrale Operativa non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dalla Strutture Convenzionate.

Pertanto, l'Assicurato prende atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovrà rivolgersi esclusivamente alle strutture sanitarie (Istituti di cura, Centri diagnostici, Centri e Studio odontoiatrici etc.) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO

Art. 26 - Denuncia di Sinistro

Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri la Compagnia si avvale della Centrale Operativa che risponde ai seguenti numeri per chiamate dall'Italia e dall'estero:

- 02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00 per ricevere informazioni relative alle coperture, alla modalità di attivazione delle prestazioni e del Sinistro (denuncia e stato lavorazione), stesso numero attivo H24 per la gestione delle emergenze.

La denuncia può avvenire anche tramite e-mail sinistri.netinsurance@myassistance.it o all'indirizzo internet <https://app.myassistance.eu> oppure tramite l'app dedicata della Centrale Operativa.

Il Contraente, l'Assicurato o altro soggetto per conto dei medesimi, nel contattare la Centrale Operativa presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

L'Assicurato nel contattare la Centrale Operativa presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al Rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'Art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se ha utilizzato le Strutture Convenzionate ed è stato preventivamente autorizzato dalla Centrale Operativa, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

Utilizzando le Strutture Convenzionate l'Assicurato ha sempre l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente alla Centrale Operativa l'autorizzazione.

Qualora l'Assicurato richieda successivamente il Rimborso di spese mediche per prestazioni ricevute in Strutture Convenzionate, tale rimborso non potrà essere superiore all'importo presente nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" di cui al precedente Art. 21 – "Oggetto dell'Assicurazione".

Eventuale documentazione compilata in lingua diversa dall'Italiano, Inglese, Francese e Spagnolo 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 la visita di medici della Società e 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. 27 - Gestione del Sinistro

La richiesta di Rimborso viene gestita dalla Centrale Operativa entro 20 giorni lavorativi dalla data di arrivo della documentazione da parte dell'Assicurato.



Condizioni di Assicurazione

Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



La documentazione deve essere intestata all'Assicurato o ad un beneficiario delle prestazioni e il Rimborso avviene a favore dell'Assicurato o dell'avente diritto.

Il Rimborso viene sempre effettuato a cura ultimata in Euro.

Il pagamento diretto che la Compagnia effettuerà alle Strutture Convenzionate solleverà la Compagnia stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Compagnia a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato, in particolare in caso di dichiarazioni inesatte o reticenti.

Tutte le prestazioni assicurate devono essere effettuate da medico dentista o da una struttura odontoiatrica.

Al fine della valutazione del Sinistro, la Compagnia, per il tramite della Centrale Operativa, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario.

La Compagnia avrà sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della documentazione inviata al fine della corretta valutazione del Sinistro o della verifica della veridicità della documentazione.

Art. 28 - Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di autorizzazione al pagamento diretto qualora si dovesse accertare successivamente la non validità della Polizza o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della Garanzia o l'inefficacia dell'Assicurazione, la Compagnia ne darà comunicazione scritta all'Assicurato, il quale dovrà restituire alla Compagnia stessa tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di Cura se già saldate dalla Compagnia alla struttura e/o medici convenzionati, oppure dovrà saldare direttamente sia la struttura che i medici convenzionati.

Qualora l'Assicurato non ottemperi nei tempi previsti, la Compagnia si riserva il diritto di agire giudizialmente nei suoi confronti per ottenere la restituzione di quanto indebitamente liquidato.

Art. 29 - Documentazione da inviare in caso di Sinistro

Di seguito si descrive il tipo di documentazione da inviare in caso di Sinistro, suddivisa per Garanzia, da consultare quella previste dal Piano Assicurativo prescelto, come specificato in Polizza.

L'Assicurato può:

- richiedere alla Compagnia di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate con la Centrale Operativa;
- richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate.

5.1 Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

L'Assicurato ha l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente alla Centrale Operativa l'autorizzazione al Pagamento diretto, contattando il numero indicato all'Art. 26.

La Centrale Operativa prenoterà per conto dell'Assicurato l'appuntamento presso la Struttura Convenzionata.

L'elenco delle Strutture Convenzionate è disponibile nel sito <http://www.myassistance.it/networks/network-odontowelfare/elenco-strutture.html> o sull'app dedicata della Centrale Operativa dove l'Assicurato accede con le proprie credenziali.

In occasione della prima attivazione della Polizza il dentista dovrà compilare l'odontogramma che riepiloga lo stato di salute della bocca dell'Assicurato.

Inoltre, durante la prima visita sarà richiesto all'Assicurato di sottoscrivere con il medico dentista il proprio budget cure odontoiatriche (BCO) per l'approvazione delle prestazioni incluse nel Piano Assicurativo. I trattamenti e le prestazioni non compresi nel Piano Assicurativo verranno fatturate direttamente all'Assicurato.

L'odontogramma e il BCO saranno forniti dalla Centrale Operativa direttamente alla Struttura Convenzionata.



Condizioni di Assicurazione

Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



In caso di prestazione resa necessaria da Infortunio l'Assicurato dovrà fornire alla Centrale Operativa il referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. OPT, radiografie).

5.2 Strutture non Convenzionate (a rimborso)

Al termine delle cure, l'Assicurato deve inviare la richiesta di Rimborso completa di:

- modulo di rimborso compilato in ogni sua parte e sottoscritto dall'Assicurato con eventuale supporto del dentista (il modulo deve essere richiesto alla Centrale Operativa)
- copia delle fatture valide ai fini fiscali, con dettaglio della singola prestazione effettuata, relativo costo e data in cui le singole prestazioni sono state eseguite;
- in caso di prestazioni rese necessarie da Infortunio, referto di Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'Infortunio (es. OPT, radiografie).

La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato tramite mail all'indirizzo: sinistri.netinsurance@myassistance.it

Art. 30 - Pagamento dell'Indennizzo/Rimborso dei Sinistri a rimborso

Il pagamento dell'Indennizzo in caso di Sinistro viene riconosciuto dalla Compagnia a ricezione di tutta la documentazione completa e se, a seguito dell'istruttoria, il Sinistro è indennizzabile ai sensi di Polizza.

INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Informazioni ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 14 del Regolamento Generale UE sulla protezione dei dati personali n. 679/2016

La Compagnia **Net Insurance S.p.A.** (più avanti, anche l'“Assicuratore”) con sede legale in via Giuseppe Antonio Guattani, 4 – 00161 Roma, ai sensi e per gli effetti dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 del 27 aprile 2016 (più avanti, anche il “Regolamento”), ed in coerenza del principio di trasparenza e consapevolezza delle caratteristiche e modalità del trattamento dei dati, rende le presenti informazioni.

1) Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento è la Compagnia **Net Insurance S.p.A.**, con sede legale in via Giuseppe Antonio Guattani, 4 – 00161 Roma, alla quale l'interessato, anche per il tramite del contraente, ha fornito i propri dati personali.

2) Tipologia e fonte dei dati

I dati personali trattati dalla Compagnia, a seconda della tipologia di polizza da lei sottoscritta, sono i dati personali Suoi, dei Suoi familiari, degli assicurati e di terzi beneficiari (ove applicabile) o aventi titolo sui beni assicurati, da Lei forniti nel corso del rapporto con il Titolare (sia nella fase di valutazione del rischio, sia nella successiva fase liquidativa).

Tali dati personali potranno includere, a titolo esemplificativo, dati identificativi, anagrafici e professionali, stato civile, informazioni finanziarie (inclusi i premi), dati bancari e dati relativi a documenti personali e qualsiasi altro beneficiario, nonché eventualmente dati giudiziari, quali dati idonei a rilevare provvedimenti giudiziari a Suo carico ovvero sanzioni dipendenti da reato o la sua qualità di indagato o imputato in processi penali.

Il mancato conferimento di tali dati, essendo necessario e/o strumentale all'esecuzione dei servizi e delle prestazioni richieste potrebbe non rendere possibile l'esecuzione del/dei contratto/i di assicurazione.

Può accadere, inoltre, che nel corso della durata del/dei contratto/i che Lei intende sottoscrivere in data odierna ovvero di altri eventuali ulteriori contratti di assicurazione che dovesse sottoscrivere in seguito (di seguito anche “**il/i Contratto/i**”) al fine dell'esecuzione di specifiche operazioni, venga in possesso di categorie particolari di dati (quali, ad esempio, dati idonei a rivelare lo stato di salute). Per il trattamento di tali dati la legge richiede il Suo consenso da manifestarsi in modo esplicito e per iscritto. Il mancato conferimento del consenso per le categorie particolari di dati, essendo necessario e/o strumentale all'esecuzione dei servizi e delle prestazioni richieste potrebbe non rendere possibile l'esecuzione del/i Contratto/i.

3) Finalità e base giuridica del trattamento dei dati

Net Insurance tratterà i Suoi dati personali, ivi ricomprese categorie particolari di dati e dati giudiziari per le seguenti principali finalità:

- finalità connesse all'emissione del/i Contratto/i, finalità connesse all'esecuzione degli obblighi derivanti dal Contratto assunti dalla Compagnia (ad esempio gestione amministrativa del rapporto, gestione dei sinistri, gestione dei premi e di eventuali richieste di indennizzo). La base giuridica di tali attività di trattamento si riviene nella necessità di dare esecuzione e gestire il Contratto di cui Lei è parte o le misure precontrattuali adottate su Sua richiesta; per le sole categorie particolari di dati la base giuridica si individua nel Suo consenso;
- finalità connesse all'adempimento di obblighi previsti da leggi (es. normativa Antiriciclaggio, prevenzione del terrorismo), da regolamenti e dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da Autorità a ciò legittimate dalla Legge e da Organismi di Vigilanza e Controllo. La base giuridica è individuata dalla necessità di adempiere ad un obbligo legale a cui la Compagnia è soggetta;



- finalità di prevenzione ed individuazione delle frodi assicurative e relative azioni legali ovvero difendere in fase stragiudiziale e giudiziale i diritti della Compagnia. La base giuridica si individua nel perseguimento del legittimo interesse della Compagnia alla prevenzione dei fenomeni di frode in materia assicurativa e nella tutela dei diritti dello stesso derivanti dalla legge o dai contratti di cui è parte.

Il conferimento dei dati personali ed il trattamento degli stessi da parte della Compagnia per le finalità di cui ai punti precedenti è necessario ed in mancanza della Compagnia non potrà dar seguito alla conclusione del Contratto o all'esecuzione di attività connesse alla sua esecuzione, ivi inclusa la liquidazione dei sinistri.

Inoltre, la Compagnia tratterà i suoi dati personali ad esclusione di quelli di natura particolare e giudiziari:

- previo consenso specifico, anche per finalità di marketing e/o profilazione, realizzate sia con modalità automatizzata (es. email, sms, fax) sia con modalità non automatizzate (es. posta ordinaria, telefono con operatore) di contatto, quali a mero titolo esemplificativo, ricerche di mercato, indagini statistiche, anche intese a rilevare la qualità dei servizi o i bisogni della clientela, invio di comunicazioni personalizzate su prodotti e servizi della Compagnia, anche sulla base delle Sue abitudini e dei Suoi interessi. Il conferimento dei dati per tali finalità è del tutto facoltativo e la decisione di non concedere tali consensi non inficerà l'esecuzione del rapporto con la Compagnia, precludendole solo la possibilità di ricevere materiale commerciale e promozionale. La base giuridica di questi trattamenti si individua nel Suo consenso espresso.

4) Modalità del trattamento dei dati

Il trattamento dei dati personali, ivi compresi quelli di natura particolare:

- a. è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate nel Regolamento;
- b. avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici con logiche strettamente correlate alle finalità suddette, e, comunque, in modo da garantire la sicurezza dei dati stessi;
- c. è svolto direttamente dall'organizzazione del titolare e/o da altri soggetti in qualità di responsabili e/o autorizzati al trattamento.

5) Destinatari dei dati

- a. I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 3 - ad altri soggetti della filiera assicurativa, quali coassicuratori, riassicuratori, società di archiviazione, società di gestione dei sinistri, fiduciari peritali e legali, enti di controllo (IVASS, CONSAP, UIF, Banca d'Italia), Autorità Giudiziaria ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati personali è obbligatoria per legge o per la finalità di conclusione / esecuzione del contratto assicurativo.
- b. Inoltre, i dati personali possono essere comunicati, esclusivamente per le finalità di cui al punto 3, a Compagnie del Gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate) ai sensi delle vigenti disposizioni di legge.
- c. I dati personali potranno essere comunicati, ove necessario, a soggetti facenti parte della c.d. "catena assicurativa" e che operano in qualità di titolari autonomi del trattamento (in particolare canali di acquisizione di contratti di assicurazione e loro collaboratori, assicuratori, coassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati, medici, periti ed altri consulenti, strutture sanitarie, agenzie investigative, servi di spedizione etc.), banche e organismi associativi e consortili del settore assicurativo (ANIA e conseguentemente le imprese di assicurazioni ad essa associate), IVASS, UIF ed altre Autorità Pubbliche nonché persone, società, associazioni che svolgono servizi di assistenza e/o consulenza per Net (es. in materia contabile, amministrativa, finanziaria), società o soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere della Compagnia.

L'elenco dei soggetti a cui i dati potranno essere comunicati o che agiscono in qualità di Responsabili del trattamento è disponibile, su richiesta, all'indirizzo responsabileprotezionedati@netinsurance.it ovvero presso la sede della Compagnia.



I dati non sono generalmente trasferiti fuori dall'unione europea; tuttavia, ove per specifiche esigenze connesse alla sede dei servizi resi dai fornitori, fosse necessario trasferire i dati verso Paesi situati fuori dallo Spazio economico Europeo, anche in Paesi che non offrono protezione adeguata, la Compagnia si impegna a garantire livelli di tutela e salvaguardia anche di carattere contrattuale adeguati secondo le norme applicabili, ivi inclusa la stipulazione di clausole contrattuali tipo (si potrà richiedere al DPO/Responsabile per la protezione dei dati personali – all'indirizzo responsabileprotezionedati@netinsurance.it ovvero con lettera raccomandata indirizzata alla Compagnia – copia degli impegni assunti dai terzi nel contesto di tali clausole nonché l'elenco dei Paesi situati fuori dallo Spazio Economico Europeo dove sono trasferiti i dati).

6) Periodo di conservazione dei dati

L'Assicuratore, fatta salva la gestione di eventuale contenzioso e la vigente normativa fiscale e tributaria, è obbligato a conservare i dati personali:

- riguardo ai contratti assicurativi, per cinque anni dalla data in cui il contratto ha cessato di avere effetto e per cinque anni dalla data di eliminazione senza pagamento di indennizzo o del pagamento di tutti gli importi dovuti a titolo di risarcimento e di spese dirette (Art. 8 del Regolamento ISVAP n.27/2008);
- riguardo ad ogni altro documento / contratto, per dieci anni dalla data dell'ultima registrazione (art. 2220 del Codice Civile).

7) Diritti dell'Interessato

7.1) Il Regolamento conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti in relazione ai dati personali comunicati, che potranno essere esercitati nei limiti e in conformità a quanto previsto dalla normativa:

- Diritto di accesso ai suoi dati personali (art. 15);
- Diritto di rettifica (art. 16);
- Diritto di cancellazione (diritto all'oblio) (art. 17);
- Diritto di limitazione di trattamento (art. 18);
- Diritto alla portabilità dei dati (art. 20);
- Diritto di opposizione (art. 21);
- Diritto di contattare il Responsabile della protezione dei dati (DPO) per tutte le questioni relative al trattamento dei suoi dati personali e all'esercizio dei diritti derivanti dal Regolamento. Il DPO può essere contattato come indicato nel successivo punto.

7.2) Per esercitare i diritti, può scrivere a:

NET INSURANCE S.p.A.

Responsabile Protezione Dati

Via Giuseppe Antonio Guattani, 4,

00161 Roma

ResponsabileProtezioneDati@netinsurance.it

ResponsabileProtezioneDati@pec.netinsurance.it

7.3) Fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giudiziale, Lei ha il diritto di proporre reclamo all'Autorità a cui è demandato il controllo del rispetto del regolamento; per l'Italia: il Garante per la protezione nelle seguenti modalità:

- a. raccomandata A/R indirizzata a Garante per la protezione dei dati personali, Piazza Venezia, 11 - 00187 Roma
- b. messaggio di posta elettronica certificata indirizzata a protocollo@pec.gpdp.it



Condizioni di Assicurazione

Contratto multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



CONTATTI UTILI

Sito www.netinsurance.it

PER DENUNCIARE UN SINISTRO

- Per telefono: 02 303500015, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 18.00 (da contattare anche per chiarimenti)
- Per e-mail: sinistri.netinsurance@myassistance.it
- Via Internet o tramite app dedicata: <https://app.myassistance.eu>

PER TUTTE LE ALTRE INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ADESIONE ALLA POLIZZA

- Numero verde 800 77 53 17 (Contact Center)
- Sito www.netinsurance.it/wecare
- e-mail: wecare@netinsurance.it
- Fax +39 06 97625707

PER INOLTARE UN RECLAMO

- Net Insurance S.p.A. - C.A. Ufficio Reclami – Via Giuseppe Antonio Guattani, 4 - 00161 ROMA
- PEC ufficio.reclami@pec.netinsurance.it
- Fax: +39 06 89326570