

POLIZZA DI ASSICURAZIONE

FORGREEN DENTAL

Polizza danni di durata annuale dedicata alla famiglia per la protezione odontoiatrica.

IL PRESENTE SET INFORMATIVO CONTENENTE:

- IL DIP DANNI
- IL DIP AGGIUNTIVO DANNI
- IL GLOSSARIO
- LE CONDIZIONI GENERALI DI ASSICURAZIONE
- IL FAC-SIMILE DELLA POLIZZA

DEVE ESSERE CONSEGNATO AL CONTRAENTE PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE DELLA POLIZZA.

DATA DI REDAZIONE DEL PRESENTE SET INFORMATIVO 05/2021

“PRIMA DELLA SOTTOSCRIZIONE LEGGERE ATTENTAMENTE I DOCUMENTI PRECONTRATTUALI”

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

Assicurazione danni

DIP - Documento informativo relativo ai prodotti danni

Compagnia: NET INSURANCE S.p.A.

Prodotto: "FORGREEN DENTAL"

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 FORGREEN DENTAL 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.

L'Assicuratore 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 al momento dell'adesione abbia un'età assicurativa superiore a 70 anni.

Inoltre:

- ✗ alla scadenza dell'Assicurazione, l'Età 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.

Per tutte le garanzie sono previste limitazioni ed esclusioni.

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 diagnosticate 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 obbligo ho?

Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare e di comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione dell'aggravamento del rischio, possono comportare la cessazione dell'assicurazione, il mancato pagamento o il pagamento in forma ridotta del danno, ovvero il diritto di rivalsa per i danni risarciti obbligatoriamente a terzi.

In caso di sinistro il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso all'Assicuratore tempestivamente e fornire la documentazione richiesta e conservare le tracce e gli indizi del sinistro



Quando e come devo pagare?

Il Contraente può versare i premi mediante addebito in conto corrente, SDD o bonifico.

Il contratto prevede la corresponsione di un Premio annuale frazionabile, a scelta del Contraente, in rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi se il premio della Polizza multigaranzia è uguale o maggiore ad € 120,00. Il pattuito frazionamento del Premio non esonera il Contraente dall'obbligo di corrispondere l'intero Premio annuo, da considerarsi a tutti gli effetti uno ed indivisibile e 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 durata annuale con tacito rinnovo. Il contratto si intende concluso nel momento in cui l'Assicuratore emette la Polizza. L'assicurazione ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.



Come posso disdire la polizza?

Il Contraente può impedire il rinnovo automatico della polizza inviando alla Società richiesta di disdetta, mediante lettera raccomandata, almeno 30 giorni prima della scadenza annuale.

Assicurazione Danni

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



Impresa che realizza il prodotto: NET INSURANCE S.p.A.
Prodotto: FORGREEN DENTAL

Data di realizzazione: 05-2021

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 € 65,6 milioni, di cui la parte relativa al capitale sociale ammonta a € 17,5 milioni e la parte relativa al totale delle riserve patrimoniali ammontano a € 48,1 milioni.

Il requisito patrimoniale di solvibilità (SCR) ammonta a € 35,6 milioni; il requisito patrimoniale minimo (MCR) ammonta a € 12,7 milioni e i fondi propri ammissibili a copertura del requisito patrimoniale di solvibilità ammontano a € 69,1 milioni. L'indice di solvibilità per il requisito patrimoniale di solvibilità (solvency ratio) è pari a 192%.

Tutti i dati sono desunti dal Bilancio della Società al 31/12/2019 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

Garanzia Dental

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, NET INSURANCE S.P.A. 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.

L'Assicuratore 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 dell'Assicuratore.

Nel caso in cui l'Assicurato optasse per le Strutture non Convenzionate (a rimborso), l'importo massimo riconosciuto dall'Assicuratore 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?

Esclusioni

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			
Dental	--	--	30 giorni	Codice	Descrizione	Cure eseguite in strutture Convenzionate (pagamento diretto)	Cure eseguite in strutture non Convenzionate (a rimborso)
				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		€ 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 composito - colore dente		€ 71.25
				SD30	Estrazione semplice di dente o radice		€ 22.50
				SD37	Reinserimento di dente avulso		€ 60.00
				SD54	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione monocanalare		€ 52.50
				SD55	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione bicanalare		€ 82.50
				SD56	Devitalizzazione - asportazione del nervo e otturazione tricanalare		€ 120
				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 trauma		€ 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 superficiale; insegnamento della tecnica dello spazzolino; uso del filo interdentale; igiene orale		€ 41.25
				SD11	Assorbimento di fluoro nello smalto (lucidatura), applicazioni topiche di oligoelementi		€ 15.00
Gli indennizzi per intervento chirurgico si intendono applicati per prestazione							



Che obblighi ho? Quali obblighi ha l'impresa?

DENUNCIA DI SINISTRO

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A: PIANO ASSICURATIVO D (Garanzia "Dental")

- Per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA — Italia
- Per telefono: + 800 363 63737, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 19.00 (da contattare anche per chiarimenti)
- Per e-mail: rimborsi@sigmadental.it

PER INOLTARE UN RECLAMO

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

Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri l'Assicuratore si avvale della Centrale Operativa Sigma Dental che risponde ai seguenti numeri per chiamate dall'Italia e dall'estero: 800 363 63737, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 19.00 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.

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

L'Assicurato può:

- richiedere all'Assicuratore di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate con Sigma;
- richiedere il Rimborso delle spese sostenute in Strutture non Convenzionate.

Cosa fare in caso di sinistro?

Strutture Convenzionate (Pagamento diretto)

L'Assicurato ha l'obbligo di contattare e richiedere preventivamente alla Centrale Operativa Sigma Dental l'autorizzazione al Pagamento diretto, contattando il numero indicato 800 363 63737.

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

L'elenco delle strutture è disponibile nell'area riservata del sito <https://sdsigma.com/sigma/italia/index#menuitalia#red>

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 Sigma Dental direttamente alla Struttura Convenzionata.

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

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 Sigma Dental) 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: rimborsi@sigmadental.it Il pagamento dell'Indennizzo in caso di Sinistro viene riconosciuto dall'Assicuratore a ricezione di tutta la documentazione completa e se, a seguito dell'istruttoria, il Sinistro è indennizzabile ai sensi di Polizza.
	ASSISTENZA DIRETTA IN CONVENZIONE Enti/strutture convenzionate con la Società: - Sigma Dental Europe S.A., con sede legale in Via Valdani, 6030 Chiasso (Svizzera), c.f. CH-1670.3.036.012-8, quale società di servizi che provvede, per conto dell'Assicuratore, relativamente alle garanzie della Sezione 4 – Salute (Piano Assicurativo D - Dental) al pagamento diretto dei dentisti convenzionati, oppure al Rimborso agli Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con detti dentisti convenzionati.
	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.
Dichiarazioni inesatte e 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 dall'Assicuratore 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	Il contratto prevede la corresponsione di un Premio, mediante addebito in conto corrente, SDD o bonifico, per la durata annuale dell'Assicurazione. L'importo del premio è indicato in Polizza. Il Premio annuo di durata se è uguale o maggiore ad € 120,00, è frazionabile a scelta del Contraente, in rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi. Il pattuito frazionamento del Premio non esonera il Contraente dall'obbligo di corrispondere l'intero Premio annuo, da considerarsi a tutti gli effetti uno ed indivisibile e ciò anche in caso di cessazione del Rischio nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione.
Rimborso	Non previsto
Sconti	Possono preverarsi eventuali sconti di premio.

 Quando comincia la copertura e quando finisce?	
Durata	Il contratto ha durata annua ed è stipulato con la formula del tacito rinnovo. La copertura comincia alle ore 24.00 del giorno indicato in Polizza, a condizione che sia stato pagato il premio. In caso contrario la copertura comincia alle ore 24.00 del giorno del pagamento. In mancanza di disdetta, la polizza si rinnova automaticamente ad ogni scadenza annuale per un altro anno e così successivamente di anno in anno. Il contratto prevede periodi di carenza, come indicato nelle tabelle della Sezione "Ci sono limiti di copertura?" del presente documento.
Sospensione	Il contratto può incorrere nella sospensione dell'operatività della garanzia nei seguenti casi: -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.



Come posso disdire la polizza?

Ripensamento dopo la stipulazione	Il Contratto prevede la revoca ed il recesso. L'Assicurato comunica all'Assicuratore la propria volontà di Revoca, a sua scelta: • a mezzo lettera raccomandata; • a mezzo posta elettronica certificata. L'esercizio della Revoca libera l'Assicuratore da qualsiasi obbligazione in caso di Sinistro dal momento della ricezione della comunicazione inoltrata dall'Assicurato. L'Assicuratore rimborsa al Contraente l'eventuale Premio addebitato, pagato e non goduto (al netto delle imposte per le garanzie dei Rami Danni) con le stesse modalità definite per il pagamento dei Premi entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione. L'Assicurato ha diritto di esercitare Recesso dall'Assicurazione entro 60 giorni dalla Data di Decorrenza. L'Assicurato comunica all'Assicuratore la propria volontà di Recesso, a sua scelta: • a mezzo lettera raccomandata; • a mezzo posta elettronica certificata. L'esercizio del Recesso libera l'Assicuratore da qualsiasi obbligazione in caso di Sinistro dal momento della ricezione della comunicazione inoltrata dall'Assicurato. L'Assicuratore rimborsa al Contraente l'eventuale Premio addebitato, pagato e non goduto (al netto delle imposte per le garanzie dei Rami Danni) con le stesse modalità definite per il pagamento dei Premi entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione.
Risoluzione	Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.



A chi è rivolto questo prodotto?

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



Quali costi devo sostenere?

COSTI DI INTERMEDIAZIONE

L'intermediario percepisce una commissione pari al 30 %.

COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?

All'impresa assicuratrice	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 (posta, fax, email/PEC) all'Ufficio Reclami secondo le seguenti modalità: 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 avendo cura di indicare: • 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 esauriente descrizione del motivo di lamentela; • ogni altra indicazione e documento utile per descrivere le circostanze. Sarà cura della Compagnia fornire riscontro entro 45 giorni dalla data di ricevimento del reclamo, come previsto dalla normativa vigente. 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. 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. Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.netinsurance.it
All'IVASS	Qualora il reclamante non abbia ricevuto risposta oppure ritenga la stessa non soddisfacente, prima di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria, può scrivere all'IVASS (Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma; fax 06.42.133.745 o 06.42.133.353, tutela.consumatore@pec.ivass.it) fornendo copia del reclamo già inoltrato all'impresa ed il relativo riscontro anche utilizzando il modello presente nel sito dell'IVASS alla sezione "Per il Consumatore - come presentare un reclamo". Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito: www.netinsurance.it Eventuali reclami relativi alla mancata osservanza da parte della Compagnia, degli intermediari e dei periti assicurativi, delle disposizioni del Codice delle assicurazioni, delle relative norme di attuazione nonché delle norme sulla commercializzazione a distanza dei prodotti assicurativi possono essere presentati direttamente all'IVASS, secondo le modalità sopra indicate. Per la risoluzione delle liti transfrontaliere è possibile presentare reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero http://ec.europa.eu/internal_market/fin-net/members_en.htm competente chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET.
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). Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito www.netinsurance.it
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato all'Impresa.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle	Laddove espressamente previsto dalle Condizioni di Assicurazione, per controversie relative alla determinazione del valore del danno o alle conseguenze di natura medica di un sinistro, che verranno devolute ai consulenti tecnici nominati da ciascuna delle Parti. Per attivare la procedura è necessario comunicare alla Compagnia la volontà di dare avvio alla stessa.

controversie – Arbitrato irrituale	La Compagnia provvederà a dare riscontro al richiedente indicando il nominativo del proprio consulente tecnico e la Procedura seguirà le modalità espressamente indicate nella relativa previsione di Polizza. Per maggiori informazioni si rimanda a quanto presente nell'area Reclami del sito www.netinsurance.it
---	---

PRIMA DI COMPILARE IL QUESTIONARIO SANITARIO, LEGGI ATTENTAMENTE LE RACCOMANDAZIONI E AVVERTENZE CONTENUTE IN TALE DOCUMENTO. EVENTUALI DICHIARAZIONI INESATTE O NON VERITIERE POSSONO LIMITARE O ESCLUDERE DEL TUTTO IL DIRITTO ALLA PRESTAZIONE ASSICURATIVA.

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

Condizioni di Assicurazione – ForGreen Dental

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Sommario

GLOSSARIO	2
PREMESSA	8
NORME DI CARATTERE GENERALE COMUNI A TUTTE LE COPERTURE	8
Art. 1 - Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio	8
Art. 2 - Effetto, durata e disdetta del contratto - Premio	8
Art. 4 - Effetto, durata e disdetta del contratto stipulato mediante tecniche di comunicazione a distanza	2
Art. 5 - Modifiche dell'Assicurazione	2
Art. 6 - Forma delle comunicazioni	2
Art. 7 - Diminuzione del Rischio	2
Art. 8 - Validità territoriale	2
Art. 9 - Prova	2
Art. 10 - Assicurazione per conto altrui – Titolarità dei diritti e degli obblighi nascenti dalla Polizza	2
Art. 11 - Oneri fiscali	2
Art. 12 - Altre assicurazioni	2
Art. 13 - Limite massimo dell'Indennizzo	3
Art. 14 - Giurisdizione, Procedimento di mediazione, Foro competente	3
Art. 15 - Legge applicabile	3
Art. 16 - Termine di Prescrizione	3
Art. 17 - Rinvio alle norme di Legge – Glossario	3
Art. 18 - Limiti di età – Adeguamento automatico del Premio in base all'Età Assicurativa	3
Art. 19 - Persone non assicurabili	3
Art. 20 - Modalità assuntive	3
Art. 21 - Oggetto dell'Assicurazione	3
Art. 22 - Esclusioni	4
Art. 23 - Patologie preesistenti	5
Art. 24 - Termini di Carenza	5
Art. 25 - Responsabilità	6
Art. 26 - Denuncia di Sinistro	6
Art. 27 - Gestione del Sinistro	6
Art. 28 - Restituzione delle somme indebitamente pagate	7
Art. 29 - Documentazione da inviare in caso di Sinistro	7
Art. 30 - Pagamento dell'Indennizzo/Rimborso dei Sinistri a rimborso	8
INFORMATIVA SULLA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI	1
MODULO DI PROPOSTA DI ASSICURAZIONE	3
CONTATTI UTILI	1



GLOSSARIO

Per una corretta comprensione delle Condizioni di Assicurazione, consultare il significato convenzionale attribuito ai termini che seguono.

Definizioni Comuni a tutte le coperture

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.

Assicuratore

Net Insurance S.p.A., Impresa di Assicurazioni.

Assicurazione

Il presente contratto di assicurazione.

Capitale Assicurato

L'importo massimo che l'Assicuratore 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.

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.

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, l'Assicuratore procede all'indennizzo del danno subito dall'Assicurato e per la quale sia stato pagato il relativo

premio, salvo quanto previsto alla voce "Assistenza".

Indennizzo o indennità o rimborso

La somma dovuta dall'Assicuratore in caso di Sinistro.

IVASS

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

Massimale

La somma stabilita nella Polizza, fino alla concorrenza della quale, per ciascun Sinistro e Anno assicurativo, l'Assicuratore presta la garanzia.

Parte

L'Assicuratore ed il Contraente, quando riferiti singolarmente.

Parti

L'Assicuratore ed il Contraente, quando riferiti congiuntamente.

Periodo di Durata dell'Assicurazione.

Il periodo di durata del contratto di assicurazione indicato 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 all'Assicuratore.

Prescrizione

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

Prestazione

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

Proposta di Assicurazione

La proposta del Contraente di stipulare l'Assicurazione con l'Assicuratore.

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.

Condizioni di Assicurazione – ForGreen Dental

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Set Informativo

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

prima della sottoscrizione della Proposta di Assicurazione.

Sinistro

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

Definizioni specifiche dell'Area Rischi Persone

Centrale Operativa Sigma Dental

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

Emergenza Odontoiatrica

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

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

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.

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, totterapiche, le case di cura per convalescenza o lungodegenza o per soggiorno, le strutture per anziani, i centri di benessere.

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

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.

Piano Assicurativo

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

Prestazione Assicurata

Relativamente alla garanzia Temporanea Caso Morte, la somma, pagabile sotto forma di capitale, che l'Assicuratore corrisponde al beneficiario

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.

Sigma

Sigma Dental Europe S.A., con sede legale in Via Valdani, 6030 Chiasso (Svizzera), c.f. CH-1670.3.036.012-8, quale società di servizi che provvede, per conto dell'Assicuratore, al pagamento diretto dei dentisti convenzionati, oppure al Rimborso agli Assicurati. Provvede inoltre a gestire le convenzioni ed i rapporti con detti dentisti convenzionati.

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 di Sigma, 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.

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

Condizioni di Assicurazione – ForGreen Dental

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



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.

Strutture non Convenzionate (a rimborso)

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

PREMESSA

PreviDent è una Polizza a dedicata alla famiglia per la protezione 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 modello di Polizza, ed è prestata per i Capitali assicurati e/o i Massimali ivi indicati e/o nelle presenti Condizioni di Assicurazione per le singole Garanzie, fatte salve altresì le Franchigie e i limiti di Indennizzo che siano riportati in Polizza o all'interno delle presenti Condizioni di Assicurazione.

Le coperture assicurative indicate sono operanti se richiamate in Polizza ed è stato pagato il relativo Premio.

Il prodotto prevede 2 garanzie, sempre operanti:

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

NORME DI CARATTERE GENERALE COMUNI A TUTTE LE COPERTURE

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 stessa cessazione dell'Assicurazione, ai sensi degli artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

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

L'Assicurazione ha durata annuale.

Fermi i Termini di Carenza di cui all'Art. 24, l'Assicurazione ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno indicato in Polizza, se il Premio o la prima rata di Premio sono stati pagati; altrimenti ha Data di Decorrenza dalle ore 24 del giorno del pagamento e scadrà alle ore 24 dell'ultimo giorno della durata stabilita nel contratto stesso.

Se il Contraente non paga i Premi o le rate di Premio successive, a parziale deroga dell'Art. 1901 c.c., in senso più favorevole al Contraente, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 21°, anziché il 15°, giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze, ai sensi dell'Art. 1901 c.c. **In mancanza di disdetta comunicata da una delle Parti e, pervenuta all'altra Parte almeno 30 giorni prima della scadenza, il contratto se di durata non inferiore all'anno è prorogato per un anno e così successivamente.**

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 del giorno in cui si effettua il pagamento.

Il contratto prevede la corresponsione di un Premio per la durata annuale dell'Assicurazione, il cui importo è indicato in Polizza.

Il Premio annuo è frazionabile a scelta del Contraente, in rate semestrali o in rate mensili senza oneri aggiuntivi.

Il pattuito frazionamento del Premio non esonera il Contraente dall'obbligo di corrispondere l'intero Premio annuo, da considerarsi a tutti gli effetti uno ed indivisibile e ciò anche in caso di cessazione del Rischio nel corso del periodo di durata dell'Assicurazione.

Condizioni di Assicurazione – ForGreen Dental

Polizza 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, l'Assicuratore intenda apportare variazioni alle condizioni tariffarie e/o contrattuali riespetto 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

Fermo il disposto dell'Art. 2 - "Effetto, durata e disdetta del contratto - Premio", qualora il contratto sia stato concluso mediante tecniche di comunicazione a distanza, lo stesso decorre dalle ore 24 del giorno stesso in cui l'Assicuratore ha raccolto la volontà del Contraente di sottoscrivere il presente contratto (data di effetto del contratto): a partire da tale momento, fermo l'obbligo del Contraente al pagamento del Premio, l'Assicuratore garantisce all'Assicurato le prestazioni oggetto del presente contratto, salvo il diritto di recesso consentito al Contraente dalla Legge. Il Contraente ha comunque facoltà di recedere dalla copertura assicurativa, nei 14 giorni successivi alla data del primo addebito del Premio, comunicando all'Assicuratore la propria volontà, a sua scelta:

- a mezzo lettera raccomandata;
- a mezzo posta elettronica certificata;

L'Assicuratore 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 all'Assicuratore, 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 l'Assicuratore è tenuto 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

Fermo 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 – Titolarità 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.
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..

Condizioni di Assicurazione – ForGreen Dental

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Art. 13 - Limite massimo dell'Indennizzo

Salvo quanto espressamente previsto alle singole Garanzie, nonché dall'Art. 1914 c.c., a nessun titolo l'Assicuratore potrà essere tenuto 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 - Legge applicabile

La Legge applicabile al contratto è quella italiana.

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 - Rinvio alle norme di Legge – Glossario

Il Glossario è parte integrante delle presenti Condizioni di Assicurazione. Per quanto non diversamente regolato, valgono le norme di Legge.

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.

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 dell'Assicuratore di corrispondere l'eventuale indennizzo. In caso di cessazione dell'Assicurazione in corso, l'Assicuratore 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 dell'Assicuratore avviene sulla base dei dati forniti nella Proposta di Assicurazione 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.

Art. 21 - Oggetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione riconosce, entro i limiti indicati nella tabella “Prestazioni Odontoiatriche Assicurate” di cui al seguito, le spese odontoiatriche effettuate dopo la Data di Decorrenza dell'Assicurazione e durante il periodo di validità della stessa, fermo i Termini

Condizioni di Assicurazione – ForGreen Dental

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



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.

L'Assicuratore 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 dell'Assicuratore.

Nel caso in cui l'Assicurato optasse per le Strutture non Convenzionate (a rimborso), l'importo massimo riconosciuto dall'Assicuratore non potrà essere superiore all'importo presente nella tabella "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".

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 Società di Assicurazione.	€ 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 Società di Assicurazione.	€ 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	

Art. 22 - Esclusioni

Condizioni di Assicurazione – ForGreen Dental

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



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.

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;

Condizioni di Assicurazione – ForGreen Dental

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



- 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.

Art. 25 - Responsabilità

L’Assicurato riconosce espressamente che l’Assicuratore e Sigma 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.

Art. 26 - Denuncia di Sinistro

Per la gestione e la liquidazione dei Sinistri l’Assicuratore si avvale della Centrale Operativa Sigma Dental che risponde ai seguenti numeri per chiamate dall’Italia e dall’estero:

- + 800 363 63737, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 19.00 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.

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

L’Assicurato nel contattare la Centrale Operativa Sigma Dental 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 Sigma Dental, che formalizzerà la denuncia di Sinistro.

Utilizzando le Strutture Convenzionate l’Assicurato ha sempre l’obbligo di contattare e richiedere preventivamente alla Centrale Operativa Sigma Dental 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 Sigma Dental entro 20 giorni lavorativi dalla data di arrivo della documentazione da parte dell’Assicurato.

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.

Condizioni di Assicurazione – ForGreen Dental

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Il pagamento diretto che l'Assicuratore effettuerà alle Strutture Convenzionate, solleva l'Assicuratore stesso 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 dell'Assicuratore 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, l'Assicuratore, per il tramite della Centrale Operativa Sigma Dental, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario.

L'Assicuratore 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, l'Assicuratore ne darà comunicazione scritta all'Assicurato, il quale dovrà restituire all'Assicuratore stesso tutte le somme da questa indebitamente versate all'Istituto di Cura se già saldate dall'Assicuratore 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, l'Assicuratore 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.

1. Dental

L'Assicurato può:

- richiedere all'Assicuratore di pagare direttamente le spese, scegliendo le Strutture Convenzionate con Sigma;
- 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 Sigma Dental l'autorizzazione al Pagamento diretto, contattando il numero indicato all'Art. 26.

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

L'elenco delle strutture è disponibile nell'area riservata del sito <https://sdsigma.com/sigma/italia/index#menuitalia#red>

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 Sigma Dental direttamente alla Struttura Convenzionata.

In caso di prestazione resa necessaria da Infortunio l'Assicurato dovrà fornire alla Centrale Operativa Sigma Dental 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 Sigma Dental)
- 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).

Condizioni di Assicurazione – ForGreen Dental

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



La documentazione sopra elencata deve essere inviata dall'Assicurato tramite mail all'indirizzo: rimborsi@sigmadental.it

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

Il pagamento dell'Indennizzo in caso di Sinistro viene riconosciuto dall'Assicuratore 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

Informativa ai sensi e per gli effetti dell'Art. 13 del Regolamento Generale UE sulla protezione dei dati personali n. 679/2016

Il **Gruppo Net Insurance**, costituito dalle società **Net Insurance S.p.A.**, e **Net Insurance Life 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 la presente informativa.

1) Titolare del trattamento dei dati

Titolare del trattamento è il **Gruppo Net Insurance**, con sede legale in via Giuseppe Antonio Guattani, 4 – 00161 Roma, alla quale ha fornito i suoi dati personali.

2) Liceità e Finalità del trattamento dei dati

Il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso:

- a) è diretto all'espletamento da parte dell'Assicuratore delle finalità di conclusione ed esecuzione dei contratti attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività assicurativa a cui l'Assicuratore è autorizzato ai sensi della Legge;
- b) può anche essere diretto, con esclusione dei dati sensibili (ad es: stato di salute) all'espletamento da parte dell'Assicuratore, previo Suo esplicito consenso, al trattamento dei dati personali per finalità di "marketing diretto" attraverso strumenti tradizionali e automatizzati di contatto per la comunicazione commerciale, l'offerta di prodotti o servizi, l'invio di materiale pubblicitario per la vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato da parte dell'Assicuratore. Per tali finalità l'Assicuratore può far ricorso sia a strumenti automatizzati di contatto come la posta elettronica, il telefax, i messaggi del tipo mms (multimedia messaging service) o sms (short message service) o strumenti di altro tipo, sia a modalità tradizionali, come la posta cartacea, e le chiamate telefoniche tramite operatore.

3) Modalità del trattamento dei dati

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

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate nella Legge;
- 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 incaricati del trattamento.

4) Destinatari dei dati

- a) I dati personali possono essere comunicati - per le finalità di cui al punto 2, lettera a) - 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, COVIP, CONSAP, UIF, Banca d'Italia), Autorità Giudiziaria ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati personali è obbligatoria ai sensi della 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 2, lettera a), a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate,) ai sensi delle vigenti disposizioni della Legge.

Condizioni di Assicurazione – ForGreen Dental

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



5) Periodo di conservazione dei dati

L'Assicuratore 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).

6) Diritti dell'Interessato

6.1) 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;

6.2) 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

6.3) 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 – ForGreen Dental

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



MODULO DI POLIZZA

POLIZZA ForGreen Dental N. _____ VALIDA SINO AL _____				
Le coperture saranno operanti solo con l'emissione della polizza assicurativa ed il pagamento del relativo premio.				
Intermediario AXIEME S.r.l.		Cod. Filiale _____		Cod. Prod. _____
CONTRAENTE (Cognome e Nome) _____				
Nato a _____		il _____	_____	
Codice fiscale _____				
Residente in (via, piazza, ecc.) _____			n. civico	_____
Città e provincia _____ (____)			c.a.p.	_____
Indirizzo e-mail _____		n. cellulare	_____	
DATI DI POLIZZA				
Data decorrenza polizza _____		Data scadenza polizza _____		
Scadenza prima quietanza _____		Durata del contratto: anni e giorni _____		
Frazionamento _____	Tacito rinnovo _____	SI _____	Polizza sostituita _____	_____
Condizioni di assicurazione operanti:		MOD. NET/0157/01 Ed. 05.2021		
Modalità di Pagamento:		_____		
IBAN del Contraente:		_____		
PREMIO				
IMPORTO RATA ALLA FIRMA				
PREMIO IMPONIBILE		IMPOSTE		PREMIO LORDO
€ _____	€ _____	€ _____		_____
IMPORTO RATE SUCCESSIVE				
PREMIO IMPONIBILE		IMPOSTE		PREMIO LORDO
€ _____	€ _____	€ _____		_____
Formula opzionata: ☒ INDIVIDUALE ☐ GRUPPO FAMILIARE				
In caso di opzione della FORMULA PER "GRUPPO FAMILIARE", i soggetti più avanti indicati come "Persone Assicurate" devono intendersi far parte dello stesso "GRUPPO FAMILIARE" dell'Assicurato n. 1, secondo il Piano Assicurativo indicato per tale soggetto.				
Garanzie Assicurato	Capitale/Profilo	Premio imponibile	Imposte	Totale
Dental	Come da Condizioni di Assicurazione	_____	_____	_____
PERSONE ASSICURATE				
ASSICURATO N.1 (Cognome e Nome) _____		_____		
Nato a _____		il _____	_____	
Codice fiscale _____		_____		
Peso _____		Altezza	_____	

Mod. NET/0157/01-Ed. 04.2020

Condizioni di Assicurazione – ForGreen Dental

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



Avvertenza: il Contraente dichiara altresì di essere a conoscenza che ai sensi dell'art. 11 del Reg. 41/2018 IVASS le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione.

<LUOGO E DATA>

Il Contraente

Avvertenze:

- le dichiarazioni non veritiere, inesatte o le reticenze rese per la conclusione del contratto possono compromettere il diritto alla prestazione;

DICHIARAZIONI DEL CONTRAENTE

Il sottoscritto, Contraente sopra indicato:

- **dichiara di aver ricevuto e preso visione del Set Informativo NET/0157/01 Ed. 05-2021 predisposto da Net Insurance S.p.A., contenente il Documento Informativo Precontrattuale, il Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo, il Glossario, le Condizioni di Assicurazione ed il Fac – Simile della Proposta e di accettare i documenti ivi contenuti come parte integrante del Contratto di Assicurazione.**

Luogo e data

Il Contraente

- dichiara ai sensi dell'art.56 del Regolamento Ivass n. 40/2018 di aver preso visione:
 - dell'Allegato 4 TER - ELENCO DELLE REGOLE DI COMPORTAMENTO DEL DISTRIBUTORE, e di aver ricevuto
 - l'Allegato 3 – INFORMATIVA SUL DISTRIBUTORE;
 - l'Allegato 4 – INFORMAZIONI SULLA DISTRIBUZIONE DEL PRODOTTO ASSICURATIVO NON-IBIP, da rendere al Contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, della conclusione del contratto;
- conferma che tutte le dichiarazioni, necessarie alla valutazione del rischio da parte di Net Insurance S.p.A., sono veritiere, precise e complete;
- dichiara di prosciogliere dal segreto professionale i medici e gli istituti di cura che siano in possesso di notizie di carattere sanitario che riguardino il sottoscritto, autorizzando fin da ora Net Insurance S.p.A. all'acquisizione di copia di cartelle cliniche di degenza e di accertamenti medici;
- di autorizzare il pagamento del premio di perfezionamento e gli eventuali premi successivi mediante addebito sul proprio conto corrente indicato nella presente Proposta di Assicurazione (Mandato per addebito diretto Sepa – SDD), oppure mediante bonifico o tramite carta di credito.

Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti rese dal soggetto legittimato a fornire le informazioni richieste per la conclusione del contratto di assicurazione possono compromettere il diritto alla prestazione assicurativa.

Il Contraente dichiara inoltre ai sensi dell'art. 120-quater del CAP, di aver scelto di ricevere la trasmissione della documentazione precontrattuale e contrattuale, del contratto di assicurazione concluso, e durante la vigenza del contratto di assicurazione, delle comunicazioni previste dalla normativa vigente, VIA E-MAIL IN FORMATO PDF agli indirizzi di posta elettronica sopra indicati.

In mancanza di tale dichiarazione la documentazione e le comunicazioni obbligatorie future saranno inviate in formato cartaceo. Tale dichiarazione potrà essere revocata liberamente dal Contraente in qualsiasi momento.

Luogo e data

Il Contraente

Mandato per addebito diretto Sepa (SDD)

Il Contraente, con la sottoscrizione del presente mandato, autorizza:

- la Compagnia a richiedere alla Banca del sottoscritto l'addebito del proprio conto corrente;
- la Banca del sottoscritto a procedere all'addebito secondo le disposizioni impartite dalla Compagnia.

Luogo e Data

Il Contraente

Ai sensi dell'art. 1341 del Codice Civile, il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le seguenti norme contenute nelle Condizioni Generali di Assicurazione (Mod. NET/0157/01 Ed. 05-2021):

Agli effetti degli artt. 1341 e 1342 c.c., il sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni dei seguenti articoli:

Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del Rischio – Art. 2 Effetto, durata e disdetta del contratto – Premio – Art. 4 Effetto, durata e disdetta del contratto stipulato mediante tecniche di comunicazione a distanza – Art. 7 Diminuzione del Rischio – Art. 12 Altre Assicurazioni – Art. 13 Limite massimo dell'indennizzo – Art. 18. Limiti di età – Adeguamento automatico del Premio in base all'Età Assicurativa – Art. 20 Modalità assuntive – Art. 22 Esclusioni – Art. 23 Patologie preesistenti – Art. 24 Termini di Carenza – Art. 26 Denuncia di Sinistro.

Luogo e data

Il Contraente

Condizioni di Assicurazione – ForGreen Dental

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Preso atto dell'informativa ai sensi del Regolamento Generale Protezione Dati/UE 2016/679, il sottoscritto dà il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati personali secondo il contenuto di cui al punto 2.a. della "Informativa Privacy" (Mod. NET/Nota_Privacy) contenuta nelle Condizioni Generali di Assicurazione.

Luogo e data _____

Il Contraente _____

Inoltre, il sottoscritto, per il trattamento da parte di Net Insurance S.p.A. e della Controllata Net Insurance Life S.p.A. dei propri dati personali, ad esclusione dei dati sensibili, per le finalità di cui al punto 2.b della "Informativa Privacy" (Mod. NET/Nota_Privacy) invio di materiale pubblicitario, vendita diretta, compimento di ricerche di mercato, comunicazioni commerciali:

☐ **DA' IL CONSENSO**

☐ **NEGA IL CONSENSO**

Luogo e data _____

Il Contraente _____

FAC-SIMILE

Condizioni di Assicurazione – ForGreen Dental

Polizza multirischi di durata annuale a protezione della Famiglia



CONTATTI UTILI

Sito www.netinsurance.it

PER DENUNCIARE UN SINISTRO RELATIVO A: “Dental”

- Per posta: Net Insurance S.p.A. c/o Casella Postale 106 - 26100 CREMONA — Italia
- Per telefono: + 800 363 63737, attivo dal lunedì al venerdì dalle 8.00 alle 19.00 (da contattare anche per chiarimenti)
- Per e-mail: rimborsi@sigmadental.it