

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Mediolanum Capitale Sorriso

CONTRATTO DI ASSICURAZIONE PER RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE

Edizione 19/04/2024

Il presente contratto è stato predisposto in conformità alle linee guida "Contratti Semplici e Chiari" elaborate dal tavolo di lavoro coordinato dall'ANIA e composto dalle principali Associazioni dei consumatori e degli intermediari assicurativi.

È un prodotto di





MEDIOLANUM
CAPITALE SORRISO



Gentile Cliente,

per semplificare la lettura delle Condizioni di Assicurazione, ti presentiamo sinteticamente la polizza Mediolanum Capitale Sorriso, **la cui struttura è riportata nella pagina successiva**, indicandone i principali contenuti ed anticipando gli accorgimenti grafici adottati.

✓ **A COSA SERVE**

È pensata per offrirti la copertura delle spese per Cure Odontoiatriche, con la possibilità di estenderle al tuo nucleo familiare, consentendoti di accedere a strutture sanitarie attentamente selezionate e con elevati standard qualitativi.

✓ **CHI PUO' ESSERE ASSICURATO**

Tutte le persone fisiche con un'età compresa tra 3 e 65 anni compiuti.

✓ **COSA OFFRE**

Riconosce il rimborso delle spese per Cure Odontoiatriche che potranno essere effettuate sia presso le strutture convenzionate appartenenti al network, sia presso il proprio dentista.

✓ **LIMITI, SCOPERTI E FRANCHIGIE**

Prevede limitazioni e scoperti che possono dar luogo alla riduzione o al mancato pagamento dell'indennizzo. Inoltre, non sono presenti periodi di carenza.

Come potrai vedere, abbiamo inserito all'interno delle presenti Condizioni alcuni box di consultazione, identificati da simboli facilmente individuabili, per fornire risposte a dubbi e/o quesiti:



Esempi esplicativi

Ricorda che tali box non hanno alcun valore contrattuale, ma costituiscono solo un aiuto!

Infine, ti invitiamo a prestare attenzione ai termini in **grassetto** che richiamano informazioni di importanza rilevante e a quelli in *corsivo* che identificano le definizioni richiamate nel Glossario.

Mediolanum Assicurazioni S.p.A.
Amministratore Delegato e Rappresentante Legale
Massimo Grandis

INDICE

- GLOSSARIO -

- CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE -



CHE COSA/CHI È ASSICURATO?

CHI PUÒ ESSERE ASSICURATO

Art.1. Persone assicurabili..... pag. 5/10

CONTRO QUALI DANNI POSSO ASSICURARMI

Art.2. Cosa è assicurato..... pag. 5/10

COME MI ASSICURO E COME OPERANO LE COPERTURE

Art.3. Visita preventiva di controllo per la valutazione dello stato di salute..... pag. 5/10

Art.4. Rimborso delle spese odontoiatriche..... pag. 5/10

Art.5. Massimali assicurati, limiti e scoperti..... pag. 5/10



COSA NON È ASSICURATO?

Art.6. Persone e patologie non assicurabili..... pag. 6/10



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Art.7. Estensione territoriale..... pag. 6/10

Art.8. Esclusioni dall'assicurazione..... pag. 6/10



CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Art.9. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio..... pag. 7/10

Art.10. Aggravamento e diminuzione del rischio..... pag. 7/10

Art.11. Competenze per reclami stragiudiziali..... pag. 7/10

GESTIONE DEI SINISTRI

Art.12. Accesso alle prestazioni odontoiatriche..... pag. 7/10

Art.13. Criteri di indennizzabilità e di liquidazione..... pag. 8/10

Art.14. Collegio arbitrale..... pag. 8/10

Art.15. Spese non rientranti nelle garanzie..... pag. 8/10



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art.16. Premio..... pag. 8/10



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art.17. Conclusione dell'assicurazione..... pag. 9/10

Art.18. Effetto e decorrenza dell'assicurazione..... pag. 9/10

Art.19. Durata dell'assicurazione..... pag. 9/10



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Art.20. Diritto di recesso..... pag. 9/10



ULTERIORI TERMINI E CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art.21. Modifiche delle Condizioni di Assicurazione..... pag.10/10

Art.22. Oneri fiscali..... pag.10/10

Art.23. Foro competente..... pag.10/10

Art.24. Rinvio alle norme di legge..... pag.10/10

Art.25. Assicurazione per conto altrui..... pag.10/10

Art.26. Altre assicurazioni..... pag.10/10

Art.27. Home Insurance..... pag.10/10



GLOSSARIO

Alle seguenti denominazioni le Parti attribuiscono convenzionalmente il significato di seguito precisato:

Assicurato

Fruitore del servizio assicurativo. Si considerano Assicurati gli appartenenti ad un unico nucleo familiare.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione.

Compagnia

Mediolanum Assicurazioni S.p.A. in qualità di società Assicuratrice.

Contraente

Persona fisica, con residenza anagrafica in Italia, che stipula l'assicurazione. Può non coincidere con l'Assicurato.

Documento di polizza

Documento rilasciato dalla Compagnia, in caso di accettazione da parte della stessa della Proposta contrattuale di Assicurazione, che contiene gli elementi essenziali del contratto di assicurazione e che prova l'assicurazione stessa.

Indennizzo

Somma dovuta dalla Compagnia a titolo di rimborso o pagamento diretto delle spese odontoiatriche in caso di sinistro.

Infortunio

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

Medici specialisti convenzionati

Professionisti convenzionati con la Struttura Organizzativa che prestano la propria opera, saltuariamente o continuativamente, presso studi professionali o strutture sanitarie.

Nomenclatore tariffario

Elenco delle prestazioni odontoiatriche con relativi limiti di importo e periodicità.

Nucleo familiare

Il coniuge, il convivente "more uxorio", i figli purché risultanti dallo stato di famiglia. Inoltre, anche se non presenti nello stato di famiglia, sono ricompresi i figli fiscalmente a carico.

Piano di cure

Documento redatto dal medico specialista che effettua la visita iniziale utile all'assunzione del rischio da parte della Compagnia. Riporta la diagnosi dell'assicurato.

Premio

Somma dovuta dal Contraente alla Compagnia.

Proposta contrattuale di Assicurazione (c.d. modulo di proposta)

Documento contrattuale di assicurazione sottoscritto dal Contraente e inviato alla Compagnia.

Rischio

Probabilità che si verifichi il sinistro.

Sinistro

Il verificarsi del fatto dannoso, con eventuale ricovero nel corso della validità dell'assicurazione, per il quale è prestata la garanzia assicurativa.

Struttura Organizzativa

AON S.p.A., per la gestione dei sinistri per il tramite del servizio One Care.

**Strutture convenzionate (c.d. in network)**

Gli studi odontoiatrici convenzionati con la Struttura Organizzativa ai quali l'Assicurato potrà rivolgersi, su indicazione e previa autorizzazione della stessa, per usufruire delle prestazioni garantite in polizza.

Strutture non convenzionate (c.d. fuori network)

Gli studi odontoiatrici diversi da quelli convenzionati con la Compagnia - purché in possesso all'atto dell'erogazione della prestazione dei requisiti stabiliti dalla normativa di legge in vigore - ai quali l'Assicurato potrà comunque rivolgersi senza però poter usufruire del servizio di pagamento diretto delle prestazioni da parte della Compagnia.



CHE COSA/CHI È ASSICURATO?

CHI PUO' ESSERE ASSICURATO

Art. 1. Persone assicurabili

La polizza è prestata in favore di una o più **persone fisiche, appartenenti ad un unico Nucleo familiare**, che abbiano un'età compresa tra 3 e 65 anni compiuti, come individuate all'interno del *Modulo di Proposta*.
La qualifica di primo Assicurato non può essere attribuita a persone minorenni.

CONTRO QUALI DANNI POSSO ASSICURARMI

Art. 2. Cosa è assicurato

La polizza riconosce l'*indennizzo* delle spese odontoiatriche sostenute **per ogni singolo Assicurato nei termini e limiti previsti, come indicato nella Proposta di Assicurazione** accettata dalla *Compagnia*.

COME MI ASSICURO E COME OPERANO LE COPERTURE

Art. 3. Visita preventiva di controllo per la valutazione dello stato di salute

Ai fini della stipulazione dell'*Assicurazione* è **sempre richiesto a ciascun Assicurato, di sottoporsi ad una preventiva visita odontoiatrica di controllo, il cui costo è a carico della Compagnia, presso uno dei centri del network di AON S.p.A.**

La *Compagnia*, ricevuti la *Proposta di Assicurazione* e il *Piano di Cure* che sarà prodotto al termine della visita sopra indicata, si riserva la facoltà di comunicare per iscritto al *Contraente* l'assumibilità del/degli *Assicurati* indicati in polizza.

In caso uno o più di questi risultati non assumibile, qualora il *Contraente* intenda comunque procedere con la conclusione del contratto per i restanti soggetti assicurati, dovrà necessariamente comunicare la propria accettazione per iscritto e solo successivamente la *Compagnia* potrà provvedere all'emissione della polizza.

Resta ferma la facoltà della Compagnia stessa di non procedere con la stipulazione dell'Assicurazione senza indicarne i motivi.

Art. 4. Rimborso delle spese odontoiatriche

La garanzia è **sempre operante per tutti gli Assicurati identificati nel Modulo di Proposta.**

La *Compagnia* provvederà al rimborso delle spese odontoiatriche, con le modalità e nei limiti indicati al successivo art.5.

Art. 5. Massimali assicurati, limiti e franchigie

Il massimale annuo è di € 4.000 per ciascun Assicurato indicato in polizza.

Le spese comunque sostenute eccedenti tale limite rimarranno sempre a carico dell'Assicurato.

• Prestazione presso il Network convenzionato AON

La *Compagnia* provvederà al pagamento diretto delle spese sostenute applicando i limiti di periodicità definiti all'interno del *Nomenclatore Tariffario* (Allegato1).

Laddove l'*Assicurato* dovesse usufruire di prestazioni non indicate all'interno del *Nomenclatore*, la *Compagnia* provvederà all'*Indennizzo* nei limiti del massimale annuo.

• Prestazione presso strutture o medici non convenzionati

La *Compagnia* indennizzerà in via rimborsuale le spese sostenute per prestazioni presso strutture non convenzionate, applicando i limiti di periodicità e di importo definiti all'interno del *Nomenclatore Tariffario* (Allegato1).

Laddove l'*Assicurato* dovesse usufruire di prestazioni non indicate all'interno del *Nomenclatore*, la *Compagnia* provvederà all'*Indennizzo* nei limiti del massimale annuo, applicando sempre uno scoperto pari al 20% sul costo della singola prestazione.



Esempio 1.			
Prestazione elencata nel <i>Nomenclatore Tariffario (Allegato 1)</i>			
	Costo della prestazione	Importo indennizzato dalla <i>Compagnia</i>	Costo della prestazione a carico dell'Assicurato
Impianto osteo integrato	➤ Presso struttura convenzionata: € 900	€ 900 (con pagamento diretto alla struttura)	€ 0
	➤ Presso struttura non convenzionata: € 1.000	€ 900 (rimborsato al cliente)	€ 100
	➤ Presso struttura non convenzionata: € 850	€ 850 (rimborsato al cliente)	€ 0



Esempio 2.			
Prestazione NON elencata nel <i>Nomenclatore Tariffario (Allegato 1)</i>			
	Costo della prestazione	Importo indennizzato dalla <i>Compagnia</i>	Costo della prestazione a carico dell'Assicurato
Bite ortottico	➤ Presso struttura convenzionata: € 400	€ 400 (con pagamento diretto alla struttura)	€ 0
	➤ Presso struttura non convenzionata: € 400	€ 320 - rimborsato al cliente (Importo della prestazione – 20% € 400*20/100 = € 320)	€ 80 (scoperto 20%)



COSA NON È ASSICURATO?

Art. 6. Persone e patologie non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcoolismo, tossicodipendenza, sindrome da immunodeficienza acquisita (A.I.D.S.), sieropositività da H.I.V., sindromi organiche cerebrali.

La sopravvenienza in corso di polizza delle predette situazioni a carico di uno degli *Assicurati* costituisce per lo stesso causa di cessazione automatica dell'*Assicurazione* senza obbligo per la *Compagnia* di corrispondere alcun *Indennizzo*.



CI SONO LIMITI DI COPERTURA?

Art. 7. Estensione territoriale

L'*Assicurazione* è estesa al mondo intero.

Art. 8. Esclusioni dall'assicurazione

Le coperture assicurative non sono operanti nei casi di seguito elencati:

- malattie mentali e disturbi psichici in genere, ivi compresi i comportamenti nevrotici, schizofrenia, forme maniacodepressive e stati paranoici;
- conseguenze di atti e/o delitti dolosi dell'*Assicurato*, compreso il tentato suicidio, fatta eccezione per i delitti preterintenzionali o colposi dell'*Assicurato* stesso (Art. 43 Codice Penale);
- le conseguenze dell'abuso di alcolici o dell'uso non terapeutico di psicofarmaci, allucinogeni o sostanze stupefacenti;
- infortuni derivanti dalla pratica di alpinismo con scalata di rocce o accesso a ghiacciai, salti dal trampolino con sci o idrosci, guida ed uso di guidoslitte, di sport aerei (compresi deltaplani,



- ultraleggeri, parapendii e assimilabili), da atti di temerarietà e dalla partecipazione a gare motoristiche e relative prove ed allenamenti;
- e) le conseguenze della pratica di sport costituenti per l'Assicurato attività professionale;
- f) i trattamenti aventi finalità estetica, salvo quelli resi necessari da *Infortunio* o da neoplasie maligne nei 360 giorni successivi all'intervento chirurgico demolitivo;
- g) prestazioni e terapie omeopatiche e fitoterapiche, nonché quelle non riconosciute dalla medicina ufficiale, con particolare riferimento alle cure effettuate con utilizzo di cellule staminali che non abbiano superato le fasi di sperimentazione clinica, salvo i casi disposti dall'Autorità Giudiziaria, ed a quelle non rientranti nei protocolli riconosciuti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità;
- h) conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X e simili), salvo che non si tratti di conseguenze di terapie mediche pertinenti con le garanzie contemplate nel Piano di Copertura attivato per l'Assicurato;
- i) conseguenze di movimenti tellurici o eruzioni vulcaniche;
- j) conseguenze di guerre, insurrezioni e atti terroristici, nonché di tumulti popolari cui l'Assicurato abbia preso parte attiva;
- k) infortuni derivanti da scioperi, rivoluzioni, sommosse o movimenti popolari, saccheggi, atti di terrorismo e di vandalismo.



CHE OBBLIGHI HO? QUALI OBBLIGHI HA L'IMPRESA?

Art. 9. Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio

La *Compagnia* presta la garanzia nei termini di cui alla presente polizza sulla base del *Piano di cure* che deve accompagnare la proposta.

Le dichiarazioni inesatte o le reticenze del *Contraente* e/o dell'Assicurato relative a circostanze che influiscono sulla valutazione del *Rischio*, possono comportare la perdita del diritto all'*Indennizzo* ai sensi degli Artt. 1892, 1893 e 1894 del Codice Civile.

Art. 10. Aggravamento e diminuzione del rischio

Il *Contraente* o l'Assicurato devono dare **comunicazione scritta alla *Compagnia* di ogni aggravamento del *Rischio*. Gli aggravamenti non noti o non accettati dalla *Compagnia* possono comportare la perdita totale o parziale del diritto all'*Indennizzo*, nonché la stessa cessazione dell'*Assicurazione* ai sensi dell'Art. 1898 del Codice Civile. A parziale deroga di quanto disposto dall'art. 1898 del Codice Civile in materia di aggravamento del *Rischio*, lo stesso non trova applicazione relativamente all'evoluzione dello stato di salute dell'Assicurato nel corso del *Contratto*, fatto salvo quanto disposto all'art. 6.**

Art. 11. Competenze per reclami stragiudiziali

La competenza per eventuali *Reclami* stragiudiziali in ordine al presente contratto di *Assicurazione* è dell'IVASS - Sezione Reclami - con sede in Via del Quirinale, 21 - 00187 Roma.

GESTIONE DEI SINISTRI

Art. 12. Accesso alle prestazioni "Spese odontoiatriche"

All'insorgere della necessità di fruire della prestazione odontoiatrica assicurata, l'Assicurato o chi per esso, dovrà contattare, il Servizio One Care di AON con una delle seguenti modalità:

- telefonicamente dall'Italia al numero verde 800.900.601 (dall'estero al numero +3902.8723.2362), nei giorni feriali dalle ore 9 alle ore 18, fornendo i riferimenti della polizza e il contenuto del *Documento di Accesso alla Prestazione Assicurativa*;
- collegandosi al portale www.onecare.aon.it per accedere al servizio inserendo le informazioni richieste dal sistema.

Il Servizio fornirà le indicazioni necessarie per la fruizione della prestazione richiesta e per l'eventuale prenotazione della stessa presso strutture e medici odontoiatrici della rete sanitaria convenzionata.

Nel caso di oggettiva impossibilità della preventiva presa di contatto con il Servizio One Care, o laddove

l'Assicurato volesse rivolgersi al proprio medico curante o ad altra struttura non convenzionata, la prestazione sanitaria sarà indennizzata in forma rimborsuale.



Art. 13. Criteri di indennizzabilità e di liquidazione

Le prestazioni effettuate **presso le strutture e medici convenzionati** con la *Compagnia*, e comunque preventivamente prese in carico dal Servizio One Care di AON S.p.A., **sono pagate alla struttura o medico direttamente dalla Compagnia stessa.**

Le prestazioni effettuate **presso strutture e medici non convenzionati, invece, saranno pagate in prima istanza alla struttura o medico dagli Assicurati e successivamente rimborsate dalla Compagnia, nei limiti indicati nel Nomenclatore Tariffario in funzione della prestazione eseguita, presentando l'apposita richiesta corredata dalla documentazione ivi indicata e dalle rispettive ricevute contabili in originale.**

La **richiesta di rimborso** potrà essere presentata **a mezzo postale**, allegando la documentazione cartacea, oppure **collegandosi al portale web One Care di AON S.p.A.** e caricando i documenti richiesti dal sistema.

In ogni caso la *Compagnia* si riserva la **facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica** riguardante le prestazioni da indennizzare.

Art. 14. Collegio arbitrale

In caso di controversie di natura medica sulla indennizzabilità del *Sinistro*, **le parti possono conferire per iscritto mandato di decidere se ed in quale misura sia dovuto l'Indennizzo, a norma e nei limiti delle condizioni di polizza, ad un Collegio di tre medici**, nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il Collegio.

Il Collegio medico risiede nel Comune sede dell'Istituto di medicina legale più vicino al luogo di residenza dell'*Assicurato*.

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

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

Art. 15. Spese non rientranti nelle garanzie

Fermo restando che sono indennizzabili esclusivamente le spese odontoiatriche nei limiti dell'art. 2., **la Compagnia, nel caso abbia effettuato pagamenti che, anche a posteriori, dovessero risultare per qualsiasi motivo non dovuti, si riserva il diritto di richiedere al Contraente/Assicurato la restituzione di dette somme. Il Contraente/Assicurato riconosce esplicitamente tale diritto e si impegna a rimborsare quanto dovuto alla Compagnia.**



QUANDO E COME DEVO PAGARE?

Art. 16. Premio

Il *Premio* è **sempre determinato per il periodo di Assicurazione di un anno ed è interamente dovuto** per il corrispondente periodo anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate. È calcolato in base all'età dell'*Assicurato* all'atto della sottoscrizione e resta costante per la durata del contratto.

Fermo quanto disposto dall'art. 18. in merito alla sospensione delle garanzie di polizza, resta convenuto che, **qualora il pagamento del Premio o della rata di Premio non venga effettuato entro il 150° giorno successivo a quello dell'ultima scadenza, l'Assicurazione si intende cessata a tutti gli effetti.**

La ripresa dell'*Assicurazione* potrà essere effettuata unicamente mediante la stipulazione di una nuova polizza, previa sottoscrizione di una nuova proposta unitamente allo svolgimento della visita preventiva di controllo relativa a ciascun *Assicurato*.

L'importo di *Premio* indicato nel modulo di proposta rimarrà costante per l'intera durata della polizza.

La *Compagnia* può applicare sconti di *Premio* alle sottoscrizioni effettuate da: dipendenti o collaboratori continuativi della *Compagnia*; dipendenti, Consulenti Finanziari abilitati all'offerta fuori sede o collaboratori continuativi del distributore Banca Mediolanum S.p.A.; dipendenti o collaboratori continuativi di altre Società del Gruppo Mediolanum. Tali condizioni verranno altresì applicate nei confronti dei rispettivi coniugi e parenti in linea retta e in linea collaterale ed affini entro il secondo grado.



La *Compagnia* o il Distributore, quest'ultimo su autorizzazione e di concerto con la medesima, possono applicare sconti sul *Premio* previsto dalla tariffa corrente del prodotto, sulla base di specifiche valutazioni/iniziative anche di carattere commerciale.



QUANDO COMINCIA LA COPERTURA E QUANDO FINISCE?

Art. 17. Conclusione dell'assicurazione

L'*Assicurazione* si conclude con la ricezione, da parte del *Contraente*, dell'accettazione della Proposta di *Assicurazione* da parte della *Compagnia*. La comunicazione dell'**accettazione avviene mediante invio al Contraente del Documento di Polizza, a seguito del buon fine del pagamento del primo Premio** da parte del *Contraente* medesimo. La proposta del *Contraente* rimane ferma per il tempo stabilito dall'Art. 1887 del Codice Civile e non pone a carico della *Compagnia* alcun obbligo, né di conclusione del Contratto, né di comunicazione del rifiuto della Proposta di *Assicurazione*. **La Proposta di Assicurazione si intende rifiutata decorsi 30 (trenta) giorni dalla sua ricezione in sede senza che il Contraente abbia ricevuto l'accettazione da parte della Compagnia.**

Art. 18. Effetto e decorrenza dell'assicurazione

Fermo restando:

- l'accettazione da parte della *Compagnia* della *Proposta contrattuale di Assicurazione*;
 - il buon fine del mezzo di pagamento del *Premio* utilizzato dal *Contraente*;
- la copertura assicurativa, nonché tutti gli obblighi e oneri che il contratto di *Assicurazione* pone a carico di Mediolanum Assicurazioni S.p.A., avranno **effetto dalle ore 24 del giorno indicato dalla Compagnia nel Documento di Polizza che invierà al Contraente.**

Qualora il Contraente non paghi i premi o le rate di Premio successive al primo, l'Assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno di pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della *Compagnia* al pagamento dei premi scaduti ai sensi dell'Art. 1901 del Codice Civile.

Nel caso in cui il contratto sia stato concluso a distanza, il *Contraente* può esercitare il diritto di recesso come indicato al successivo art. 20. Qualora il *Contraente* abbia richiesto, mediante apposita comunicazione indirizzata alla *Compagnia* o al Distributore contestualmente alla sottoscrizione, che l'esecuzione del contratto abbia inizio solo decorso il termine di 14 giorni previsto per l'esercizio del diritto di recesso, l'efficacia del contratto è sospesa. Pertanto, la decorrenza della copertura assicurativa coinciderà con le ore 00.00 del quindicesimo giorno successivo alla data di conclusione del contratto a condizione che, entro tale termine, la *Compagnia* avrà acquisito la disponibilità del Premio. In caso contrario, la copertura assicurativa decorrerà dalle ore 00.00 del giorno successivo alla data in cui tale condizione si realizzerà.

Art. 19. Durata dell'assicurazione

L'*Assicurazione* è stipulabile esclusivamente con durata quinquennale, fatto salvo il diritto di recesso spettante all'*Assicurato* secondo quanto indicato al successivo art. 20



COME POSSO DISDIRE LA POLIZZA?

Art. 20. Diritto di recesso

Il contratto non consente il recesso a seguito di *Sinistro* da parte della *Compagnia*, fatto salvo quanto disposto dall'art. 10.

L'*Assicurato* ha facoltà di recedere ad ogni ricorrenza annuale della polizza con un preavviso di almeno 60 (sessanta) giorni, **dalla ricorrenza della scadenza annuale, mediante l'invio alla Compagnia di lettera raccomandata.**

Se il contratto è concluso a distanza, in conformità a quanto previsto dall'Art. 67-duodecies, comma 1, del D.Lgs. 206/2005 ("Codice del Consumo"), **il Contraente può recedere nel termine di 14 giorni dalla data di conclusione del contratto secondo le modalità sopra previste.** Qualora il *Contraente* abbia chiesto inoltre di dare avvio all'esecuzione del contratto, Mediolanum Assicurazioni S.p.A. avrà diritto a trattenere il rateo di Premio corrispondente al periodo in cui il contratto ha avuto effetto.

Nel caso in cui il *Contraente* abbia richiesto, contestualmente alla sottoscrizione del contratto mediante apposita



comunicazione indirizzata alla Compagnia o al Distributore, che l'esecuzione del contratto abbia inizio solo decorso il periodo di 14 giorni previsto per l'esercizio del diritto di recesso, la Compagnia rimborserà il premio versato a fronte del recesso.

La *Compagnia*, inoltre, esercita la facoltà di recedere dal contratto nel caso in cui il *Contraente* comunica di non avere più la residenza anagrafica in Italia. In tal caso la *Polizza* rimane attiva fino alla successiva ricorrenza annuale, e la *Compagnia* ne dà apposita notizia al *Contraente* mediante lettera raccomandata quando è informata della variazione di residenza.



ULTERIORI TERMINI E CONDIZIONI CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE

Art. 21. Modifiche delle Condizioni di Assicurazione

Eventuali modifiche agli accordi contrattuali autorizzate dalla *Compagnia*, per essere valide, saranno **formalizzate per iscritto tra le parti**.

Art. 22. Oneri fiscali

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

Art. 23. Foro Competente

Per le controversie relative al presente Contratto **la sede del Foro competente è quella di residenza o domicilio elettivo del Contraente**.

Art. 24. Rinvio alle norme di legge

Per tutto quanto non è qui diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Il presente contratto è regolato dalla Legge Italiana.

Art. 25. Assicurazione per conto altrui

Qualora la presente *Assicurazione* sia stipulata per conto altrui, **gli obblighi derivanti dalla polizza devono essere adempiuti dal Contraente**, salvo quelli che per loro natura non possono essere adempiuti che dall'*Assicurato*, così come disposto dall'Art. 1891 del Codice Civile.

Art. 26. Altre assicurazioni

Il *Contraente* e/o l'*Assicurato* deve dichiarare **per iscritto in proposta e/o comunicare per iscritto alla Compagnia l'esistenza e/o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per gli stessi rischi e per le stesse persone**. In caso di *Sinistro* il *Contraente* deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'Art. 1910 del Codice Civile.

Art. 27. Home Insurance

La *Compagnia* ha reso disponibile un'apposita Area riservata all'interno del proprio sito internet, attraverso la quale il *Contraente* può accedere alla propria posizione assicurativa consultando i dati principali dei Contratti sottoscritti nonché utilizzare le funzionalità dispositive (c.d. Servizio Home Insurance) tra cui, a titolo meramente esemplificativo, il pagamento del premio successivo al primo ovvero in caso di insoluto se attiva disposizione permanente di addebito – SDD e la denuncia del sinistro. In ogni caso il *Contraente* potrà utilizzare le funzionalità rese disponibili tempo per tempo della *Compagnia*.

Il servizio è gratuito e vi si accede mediante autenticazione con i codici di accesso rilasciati dalla *Compagnia* su richiesta del *Contraente*. I codici di accesso garantiscono al *Contraente* un adeguato livello di riservatezza e sicurezza.

L'utilizzo della predetta Area è disciplinato dalle Norme che regolano il servizio di Home Insurance, presenti sul sito della *Compagnia*.

La *Compagnia* rende disponibili le suddette funzionalità - in luogo del sito della *Compagnia* stessa - sul sito del Soggetto Distributore Banca Mediolanum S.p.A., www.bmedonline.it, unicamente per i titolari del servizio di Banca Diretta con la medesima Banca e per le polizze distribuite dalla Banca stessa, utilizzando i codici forniti da quest'ultima.

Allegato 1
NOMENCLATORE TARIFFARIO

Si riporta di seguito l'elenco delle prestazioni odontoiatriche con relativi limiti di importo (Sezione A.), periodicità e documentazione necessaria per usufruire delle stesse, quest'ultima esclusivamente con riferimento a prestazioni presso strutture o medici non convenzionati (Sezione B.).

Sezione A.

Sottobranca odontoiatrica	PRESTAZIONE		
	Codice	Descrizione	Tariffa (in euro)
Visite ed Igiene	D0150	Visita orale, visita specialistica	30
	D9110	Visita emergenza con intervento d'urgenza	50
	D1110	Profilassi / Ablazione semplice tartaro	38
	D0180	Valutazione orale periodica ed Ablazione tartaro	50
	D1204	Applicazione topica di fluoro	12
Conservativa	D2150	Otturazione in composito o amalgama (1-2 classe)	65
	D2160	Otturazione in composito o amalgama (3-5 classe)	80
	D1351	Sigillatura (per ogni dente)	25
Chirurgia	D7210	Rimozione chirurgica di dente rotto	80
	D7140	Estrazione semplice di dente o radice	50
	D7230	Estrazione complessa di dente o radice (o in inclusione ossea parziale)	80
	D7240	Estrazione di dente o radici in inclusione ossea totale	130
Radiologia	D0220	Radiografia endorale o occlusale / Bite Wings	16
	D0290	Rx antero-posteriore o laterale del cranio e delle ossa facciali	32
	D0230	Radiografia: per ogni radiogramma in più	11
	D0330	Ortopantomografia dentale (otp)	30
Parodontologia	D4341	Scaling / levigature radici (fino a sei denti)	60
	D4321	Legature dentali extracoronali (per 4 denti) - splintaggio	120
	D4210	Gengivectomia (per 4 denti)	175
	D4211	Gengivectomia per dente	50
	D4240	Lembo gengivale semplice (per 4 denti)	200
	D4245	Lembo muco gengivale ripos, apicale/courettage a cielo aperto (4 denti)	260
	D3450	Rizectomia - per radice (incluso lembo di accesso)	100
Endodonzia	D3310	Terapia endodontica di 1 canale radicolare (inclusa radiografia)	80
	D3320	Terapia endodontica di 2 canali radicolari (inclusa radiografia)	130
	D3330	Terapia endodontica di 3 canali radicolari (inclusa radiografia)	176
	D3220	Amputazione coronale della polpa e ottur. del cavo pulpare (decidui)	70



Protesi	D5110	Protesi totale in resina superiore o inferiore	850
	D5211	Protesi parziale in resina sup. o inf. fino a 3 elementi - inclusi ganci	225
	D5213	Scheletrato in lega stellite fino a 3 elementi - arcata sup. o inf.	800
	D5660	Gancio su scheletrato	40
	D5862	Attacco di precisione in Lega Non Preziosa (L.N.P.)	150
	D5510	Riparazione protesi	60
	D5650	Agg. elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato	55
	D5710	Ribasatura definitiva protesi totale sup. o inf. / tecnica indiretta	160
	D5730	Ribasatura protesi totale sup. o inf. / tecnica diretta	120
	D2791	Corona fusa in Lega Non Preziosa (L.N.P.)	280
	D2792	Corona fusa in Lega Preziosa (L.P.)	340
	D2721	Corona in L.N.P. e resina	320
	D2722	Corona in L.P. e resina	350
	D2751	Corona protesica in L.N.P. e ceramica	400
	D2752	Corona protesica in L.P. e ceramica	550
	D2740	Corona protesica in ceramica integrale	600
	D2799	Corona protesica provvisoria semplice in resina	60
	D2510	Intarsio in oro	250
	D2610	Intarsio in ceramica	300
	D2650	Intarsio in composito	200
Ortognatodonzia	D8080	Contributo Terapia ortodontica con apparecchiature fisse per arcata per anno	1.000
	D8210	Contributo Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arc. per anno	700
	D8660	Visita ortodontica (prima visita) incl. rilievo impronte per modelli di studio	70
	D9941	Bite notturno	250
Implantologia	D6010	Impianto osteointegrato (incluso pilastro prefabbricato e perno moncone)	900
ALLE PRESTAZIONI NON PRESENTI IN ELENCO ED EFFETTUATE PRESSO STRUTTURE O MEDICI NON CONVENZIONATI È APPLICATO UNO SCOPERTO DEL 20%.			



Sezione B.

Sottobranca odontoiatrica	Codice	LIMITI	DOCUMENTAZIONE NECESSARIA
Visite ed Igiene	D0150	Non ripetibile prima di 1 anno	Certificazione del medico dentista
	D9110	-	Certificazione del medico dentista
	D1110	Non ripetibile prima di 1 anno	Certificazione del medico dentista
	D0180	Non ripetibile prima di 1 anno	Certificazione del medico dentista
	D1204	-	Certificazione del medico dentista
Conservativa	D2150	Non ripetibile prima di 3 anni	Certificazione del medico dentista
	D2160	Non ripetibile prima di 3 anni	Certificazione del medico dentista
	D1351	Non ripetibile prima di 3 anni	Certificazione del medico dentista
Chirurgia	D7210	Non ripetibile prima di 3 anni	Certificazione del medico dentista
	D7140	Non ripetibile per lo stesso elemento	Certificazione del medico dentista
	D7230	Non ripetibile per lo stesso elemento	Certificazione del medico dentista
	D7240	Non ripetibile sullo stesso elemento	OPT/Rx endorale pre-cura che mostri l'elemento incluso
Radiologia	D0220	Massimo 6 l'anno: 3 pre e 3 post le cure che le prevedono	Certificazione del medico dentista
	D0290	Massimo 2 l'anno: 1 pre e 1 post le cure ortodontiche	Certificazione del medico dentista
	D0230	Massimo 3 l'anno: 1 pre e 2 post le cure Endodontiche	Certificazione del medico dentista
	D0330	Massimo 2 l'anno	Certificazione del medico dentista
Parodontologia	D4341	Non ripetibile prima di 1 anno	Certificazione del medico dentista
	D4321	Non ripetibile prima di 5 anni	Certificazione del medico dentista
	D4210	Non ripetibile prima di 5 anni	Certificazione del medico dentista
	D4211	Non ripetibile prima di 3 anni	Certificazione del medico dentista
	D4240	Non ripetibile prima di 5 anni	Certificazione del medico dentista
	D4245	Non ripetibile prima di 5 anni	Certificazione del medico dentista
Endodonzia	D3450	Non ripetibile sullo stesso elemento	Certificazione del medico dentista
	D3310	Non ripetibile sullo stesso elemento	Certificazione del medico dentista
	D3320	Non ripetibile sullo stesso elemento	Certificazione del medico dentista
	D3330	Non ripetibile sullo stesso elemento	Certificazione del medico dentista
Protesi	D3220	Non ripetibile sullo stesso elemento	Certificazione del medico dentista
	D5110	Non ripetibile prima di 5 anni	Dichiarazione di conformità del laboratorio odontotecnico con n. ITCA
	D5211	Non ripetibile prima di 5 anni	Dichiarazione di conformità del laboratorio odontotecnico con n. ITCA



	D5213	Non ripetibile prima di 5 anni	Dichiarazione di conformità del laboratorio odontotecnico con n. ITCA
	D5660	Non ripetibile prima di 5 anni	Dichiarazione di conformità del laboratorio odontotecnico con n. ITCA
	D5862	Non ripetibile prima di 5 anni	Dichiarazione di conformità del laboratorio odontotecnico con n. ITCA
	D5510	Non ripetibile prima di 2 anni	Certificazione del medico dentista
	D5650	-	Certificazione del medico dentista
	D5710	Non ripetibile prima di 1 anno	Dichiarazione di conformità del laboratorio odontotecnico con n. ITCA
	D5730	Non ripetibile prima di 1 anno	Dichiarazione di conformità dello Studio
	D2791	Non ripetibile prima di 5 anni	OPT/Rx endorali/Foto intraorali pre e post cura
	D2792	Non ripetibile prima di 5 anni	OPT/Rx endorali/Foto intraorali pre e post cura
	D2721	Non ripetibile prima di 5 anni	OPT/Rx endorali/Foto intraorali pre e post cura
	D2722	Non ripetibile prima di 5 anni	OPT/Rx endorali/Foto intraorali pre e post cura
	D2751	Non ripetibile prima di 5 anni	OPT/Rx endorali/Foto intraorali pre e post cura
	D2752	Non ripetibile prima di 5 anni	OPT/Rx endorali/Foto intraorali pre e post cura
	D2740	Non ripetibile prima di 5 anni	OPT/Rx endorali/Foto intraorali pre e post cura
	D2799	Non ripetibile prima di 5 anni	OPT/Rx endorali/Foto intraorali pre e post cura
	D2510	Non ripetibile prima di 5 anni	OPT/Rx endorali/Foto intraorali pre e post cura
	D2610	Non ripetibile prima di 5 anni	FOTO Dichiarazione di conformità dello Studio/ LABORATORIO
	D2650	Non ripetibile prima di 5 anni	FOTO Dichiarazione di conformità dello Studio/ LABORATORIO
Ortognatodonzia	D8080	Massimo 3 anni anche non consecutivi	Telecranio o foto del "morso/morso inverso" pre cura Telecranio o foto dei modelli in occlusione post cura
	D8210	Massimo 3 anni anche non consecutivi	Telecranio o foto del "morso/morso inverso" pre cura Telecranio o foto dei modelli in occlusione post cura
	D8660	-	Certificazione del medico dentista
	D9941	Non ripetibile prima di 2 anni	Dichiarazione di conformità del laboratorio odontotecnico con n. ITCA
Implantologia	D6010	Non ripetibile nella stessa sede	OPT/Rx endorali/Foto intraorali pre e post cura (evidenza "vite di guarigione")

La Compagnia si riserva comunque la facoltà di richiedere ulteriore *documentazione medica* riguardante le prestazioni da indennizzare



MEDIOLANUM
CAPITALE SORRISO

Retro di copertina

MEDIOLANUM ASSICURAZIONI S.p.A.

Sede Legale: Palazzo Meucci

Via Ennio Doris, 20079 Basiglio (MI) - t +39 02 9049.1

Capitale sociale euro 25.800.000 i.v. - Codice Fiscale - Iscr. Registro Imprese di Milano n. 02430620159 - P. IVA 10540610960 del Gruppo IVA Banca Mediolanum - Impresa autorizzata all'esercizio dell'attività assicurativa con D.M. n. 9002 del 7/8/1974 (G.U. n. 219 del 22/08/74) ed è iscritta al n. 1.00047 dell'Albo delle imprese di Assicurazione e Riassicurazione - Società appartenente al Gruppo Assicurativo Mediolanum, iscritto al n. 055 dell'Albo dei Gruppi Assicurativi - Società soggetta all'attività di direzione e coordinamento di Mediolanum Vita S.p.A. - Società con unico Socio. mediolanumassicurazioni@pec.mediolanum.it
www.mediolanumassicurazioni.it

È un prodotto di

**mediolanum**
ASSICURAZIONI