

**PROTEZIONE****MY PROTECTION
RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE.****—
CONTRATTO DI ASSICURAZIONE CONTRO I DANNI ALLA PERSONA.
MALATTIA E INFORTUNI.**

IL PRESENTE SET INFORMATIVO È COMPOSTO DA:

- DIP - Documento informativo precontrattuale
- DIP aggiuntivo - Documento informativo precontrattuale aggiuntivo
- Condizioni di Assicurazione comprensive di glossario

Il Set Informativo deve essere consegnato al Contraente prima della sottoscrizione del Contratto.

Prima della sottoscrizione leggere attentamente il Set Informativo.

PAGINA NON UTILIZZABILE

Assicurazione Rimborso Spese Odontoiatriche



DIP - Documento informativo precontrattuale dei contratti di assicurazione danni

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Prodotto: My Protection

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

Che tipo di assicurazione è?

Contratto di assicurazione contro i danni alla persona. Malattia e Infortuni



Che cosa è assicurato?

In caso di prestazioni di prevenzione e cure odontoiatriche rese necessarie da malattia o infortunio, è assicurato :

- ✓ **Rimborso Spese Odontoiatriche-Prevenzione e Cure di I livello:** prestazioni inerenti l'igiene e la prevenzione dentaria (pulizia della bocca) e cure di I livello quali: visite odontoiatriche, radiologie, estrazioni, otturazioni, devitalizzazioni e asportazioni del nervo, riparazioni di protesi, nei limiti previsti in polizza. Tali prestazioni possono essere erogate sia in forma diretta, se decidi di avvalerti di strutture odontoiatriche convenzionate, sia in forma indiretta, ovvero avvalendoti di qualsiasi dentista non appartenente al Network o del Network, ma senza preventiva autorizzazione da parte della Struttura Organizzativa. In caso di prestazione diretta attivata rivolgendoti alla Struttura Organizzativa non dovrai anticipare alcun importo; in caso di prestazione indiretta avrai diritto al rimborso con un limite perdefinito, indicato nelle condizioni di assicurazione, per ciascuna prestazione.

Sono garanzie facoltative:

Cure di II livello: sono assicurate cure più impegnative definite di II livello quali: ortopantomografia, apicectomia, rizotomia, rizectomia, piccola chirurgia orale, placca funzionalizzata, molaggio selettivo, nei limiti indicati in polizza. La garanzia opera con le medesime modalità previste per la garanzia che precede (prestazione diretta o prestazione indiretta).

Cure di III livello: sono assicurate le prestazioni odontoiatriche di maggiore complessità quali ad esempio: gengivectomia, implantologia, chirurgia parodontale, dentiera. Tale garanzia prevede l'utilizzo esclusivo del Network convenzionato e un contributo a carico dell'Assicurato in funzione del tempo trascorso dalla data di stipula. Tale contributo si azzerà decorsi 24 mesi.



Che cosa non è assicurato?

- ✗ Soggetti affetti da alcolismo, tossicodipendenza, AIDS o sindromi correlate;
- ✗ Malattie correlate a infezione da HIV;
- ✗ Malattie, malformazioni, stati patologici, infermità e invalidità, difetti fisici antecedenti la stipula;
- ✗ Infortuni o patologie correlate a malattie mentali e disturbi psichici;
- ✗ Abuso di psicofarmaci o di alcool, uso di stupefacenti/allucinogeni;
- ✗ Trattamenti e prestazioni odontoiatriche non effettuate da medici odontoiatri professionisti regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
- ✗ Prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;
- ✗ Interventi che richiedano anestesia generale o sedazione totale;
- ✗ Estrazioni di denti decidui (da latte);
- ✗ Lesioni dentarie da infortunio durante la pratica di sport per i quali è previsto l'utilizzo del paradenti;
- ✗ Conseguenze di: delitti dolosi compiuti o tentati dall'assicurato; tumulti o aggressioni cui ha preso parte attiva; terremoti, eruzioni vulcaniche, inondazioni, guerre ed insurrezioni, trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo;
- ✗ Infortuni da pratica di sport aerei, gare motoristiche;
- ✗ Imprese sportive di carattere eccezionale e sport praticati a livello professionale ed alcune attività sportive svolte sotto l'egida delle competenti Federazioni.



Ci sono limiti di copertura?

- ! **Il contratto prevede alcune carenze, ovvero per alcune garanzie ci sono periodi di tempo che devono intercorrere tra la data di stipulazione della polizza e l'effettiva decorrenza della garanzia.** Le garanzie decorrono:
 - ! **per le malattie** a seconda della garanzia attivata;
 - ! **prestazioni odontoiatriche di I Livello** : tre mesi;
 - ! **prestazioni odontoiatriche di II livello**: quattro mesi;



Dove vale la copertura?

- ✓ L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

- ! **prestazioni odontoiatriche di III livello: Da 6 a 24 mesi** la garanzia è attiva ma è previsto un contributo a carico dell'Assicurato; **oltre i 24 mesi** la garanzia è attiva e non è previsto alcun contributo a carico dell'Assicurato;
- ! Inoltre sono presenti **vincoli temporali, vincoli tecnici** e di **importo** (solo in caso di utilizzo di forma indiretta) abbinati alle singole prestazioni.



Che obblighi ho?

- Quando sottoscrivi il contratto, hai il dovere di: fare dichiarazioni veritiere, esatte e complete sul rischio da assicurare; comunicare, nel corso del contratto, i cambiamenti che comportano un aggravamento del rischio assicurato e nonché delle variazioni della professione. Le dichiarazioni non veritiere, inesatte o reticenti, o l'omessa comunicazione di patologie preesistenti, potrebbero comportare effetti sulla prestazione.



Quando e come devo pagare?

Il Premio annuo deve essere pagato al rilascio della polizza. Puoi chiedere il frazionamento in rate semestrali, trimestrali e mensili senza applicazione di alcuna maggiorazione. In tal caso le rate vanno pagate alle scadenze stabilite. Puoi pagare il premio tramite assegno bancario o circolare, bonifico e altri sistemi di pagamento elettronico o con denaro contante nei limiti previsti dalla legge. Nel caso di frazionamento mensile il premio assicurativo può essere versato anche mediante procedura SDD (Sepa Direct Debit). Il premio è comprensivo d'imposte.



Quando comincia la copertura e quando finisce?

L'assicurazione ha effetto dalle ore 24 del giorno indicato in polizza oppure dalla data del pagamento del premio o della rata di premio, se successiva alla sottoscrizione, e termina alla scadenza indicata in polizza se non richiamato il tacito rinnovo. Se non paghi i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento.



Come posso disdire la polizza?

Puoi recedere dal contratto mediante lettera raccomandata entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso, oppure disdirlo prima della scadenza contrattuale mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni.

Assicurazione Rimborso Spese Odontoiatriche

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



Prodotto: My Protection

Data: 01/2026 Il DIP aggiuntivo Danni pubblicato è l'ultimo disponibile

Scopo

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, con particolare riguardo alle coperture assicurative, alle limitazioni, alle esclusioni, ai costi nonché alla situazione patrimoniale dell'impresa.

Il contraente deve prendere visione delle condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione del contratto.

Società

Groupama Assicurazioni S.p.A. Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 – 00144 Roma, Italia. Tel. +39 06/3018.1, fax +39 06/80210.831, www.groupama.it – info@groupama.it – PEC: groupama@legalmail.it

Groupama Assicurazioni S.p.A., Partita IVA 00885741009, è una società iscritta nel Registro Imprese di Roma – Codice fiscale e numero di iscrizione 00411140585. È Impresa sottoposta al controllo da parte dell'IVASS ed iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 e codice IVASS A095S. Groupama Assicurazioni S.p.A. è diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio – avente sede legale in Francia: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg.

Alla data dell'ultimo bilancio approvato, relativo all'esercizio 2024, il patrimonio netto della Compagnia ammonta a 629,2 milioni di euro ed il risultato economico dell'esercizio è pari a 11,6 Milioni di euro. L'indice di solvibilità (Solvency Ratio) è 221.12%. Si rinvia alla relazione sulla solvibilità e sulla condizione finanziaria della Società (SFCR), disponibile sul sito internet dell'Impresa <https://www.groupama.it/conoscerci/governance-e-risultati-economici>.

Al contratto si applica la legge italiana.

Prodotto



Che cosa è assicurato?

Non vi sono informazioni ulteriori rispetto a quelle fornite nel DIP Danni.

Quali opzioni/personalizzazioni è possibile attivare?

OPZIONI CON RIDUZIONE DEL PREMIO

Non previste.

OPZIONI CON PAGAMENTO DI UN PREMIO AGGIUNTIVO

Non previste.





Che cosa NON è assicurato?

Rischi esclusi

L'assicurazione non è operante per:

- ✗ trattamenti e prestazioni odontoiatriche non effettuate da medici odontoiatri professionisti regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
- ✗ procedure di ricostruzione utilizzate per incrementare la dimensione verticale del dente persa a causa di attrito;
- ✗ lesioni dentarie da infortunio durante la pratica di sport per i quali è previsto l'utilizzo del paradenti;
- ✗ sostituzione di protesi rimovibili complete o parziali a causa di rottura mentre non in uso o smarrite;
- ✗ qualsiasi prestazione medica relativa a denti mancanti alla decorrenza della copertura;
- ✗ prestazioni di rimozione chirurgica di impianti o parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto sia fisso che rimovibile preesistente all'atto di sottoscrizione della polizza;
- ✗ trattamenti ortodontici, anche se associati alla chirurgia ortognatica, sia che precedano o seguano l'intervento chirurgico;
- ✗ trattamenti conseguenti a malattie, stati patologici, difetti fisici e anomalie congenite o comunque preesistenti, nonché tutti i trattamenti e le prestazioni iniziati o resisi necessari prima della sottoscrizione dell'Assicurazione o successivamente alla data di scadenza;
- ✗ le conseguenze di infortuni occorsi precedentemente alla data di sottoscrizione dell'Assicurazione;

	<ul style="list-style-type: none"> ✗ cura o trattamento medico odontoiatrico non compresi negli allegati 1, 2 e 3 relativi alle prestazioni odontoiatriche; ✗ prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico; ✗ estrazioni di denti decidui (da latte); ✗ interventi che richiedano anestesia generale o sedazione totale; ✗ tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati o resi necessari prima della stipula della polizza; ✗ tutte le prestazioni da malattia e infortunio in assenza di preventiva redazione della "Scheda Anamnestica" alla prima attivazione; ✗ le prestazioni successive 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 della garanzia; ✗ Infortuni o Patologie correlate a malattie mentali; epilessia; demenze, intendendosi per tali Alzheimer, Parkinson, Demenza senile e Sindromi demielinizzanti; disturbi della personalità: disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo-compulsivi, e loro conseguenze; ✗ patologie correlate a infezione da HIV; ✗ infortuni, malattie, e intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni; in caso di uso terapeutico di stupefacenti o allucinogeni, sono esclusi gli infortuni, le malattie e le intossicazioni conseguenti all'uso degli stessi se assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco; ✗ infortuni occorsi in conseguenza di uno stato di ubriachezza/ebbrezza, qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada; ✗ gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche; ✗ conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.) o esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato per terapie mediche; ✗ le conseguenze di guerra o guerra civile, dichiarata e non, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale; l'esclusione non opera se viene presentata documentazione idonea a dimostrare che non vi è nesso causale tra lo stato di guerra ed il sinistro; ✗ le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo quando l'Assicurato ne sia stato parte attiva; ✗ le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti. <p>Gli Infortuni:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✗ derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato compresi gli atti di autolesionismo; ✗ avvenuti alla guida di qualsiasi veicolo, natante od imbarcazione a motore se l'Assicurato è privo della prescritta patente di abilitazione; ✗ avvenuti alla guida od uso di mezzi di locomozione aerea e/o subacquea, compresi deltaplani ed ultraleggeri, sono compresi gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti tranne che da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri o da aeroclubs; ✗ derivanti dall'uso, anche come passeggero, di veicoli, natanti od imbarcazioni a motore: in pista od in percorsi di gara; in competizioni e nelle relative prove, salvo si tratti di gare di regolarità pura; ✗ derivanti dalla pratica di sports aerei in genere; ✗ derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali comportanti contatto fisico, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala di Monaco, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, skeleton, rugby, football americano, kite-surfing, canyoning, rafting, arrampicata libera, salto con elastico, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere; <p>Groupama non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.</p>
	<p>Ci sono limiti di copertura?</p> <p>Le prestazioni eseguite presso centri odontoiatrici non convenzionati, se incluse in garanzia, sono rimborsate entro importi predefiniti al variare delle prestazioni. Per le Cure odontoiatriche di III Livello non è ammesso il ricorso a Centri odontoiatrici non convenzionati.</p>

 A chi è rivolto questo prodotto?	
Rivolto a soggetti di età compresa tra 18 e 60 anni che desiderano un rimborso forfettario per le spese odontoiatriche subite a seguito di infortunio o malattia.	
 Quali costi devo sostenere?	
Costi di intermediazione: La quota parte percepita in media dagli intermediari per questo prodotto è pari al 24%	
COME POSSO PRESENTARE I RECLAMI E RISOLVERE LE CONTROVERSIE?	
All'impresa assicuratrice	Eventuali reclami devono essere inoltrati per iscritto a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Servizio Reclami – Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma - fax: +39 06 80210.979 - E-mail: reclami@groupama.it La Compagnia è tenuta a rispondere entro 45 giorni.
All'IVASS	In caso di esito insoddisfacente o risposta tardiva, è possibile rivolgersi all'IVASS, Via del Quirinale, 21 – 00187 Roma, fax 06.42133206, pec: ivass@pec.ivass.it , info su www.ivass.it
PRIMA DI RICORRERE ALL'AUTORITÀ GIUDIZIARIA è possibile avvalersi di sistemi alternativi di risoluzione delle controversie, quali:	
Arbitro Assicurativo	<i>Presentando ricorso all'Arbitro Assicurativo tramite il portale disponibile sul sito internet dello stesso (www.arbitroassicurativo.org) dove è possibile consultare i requisiti di ammissibilità, le altre informazioni relative alla presentazione del ricorso stesso e ogni altra indicazione utile.</i>
Mediazione	<i>Prima di rivolgersi all'Autorità giudiziaria è obbligatorio ricorrere alla mediazione, prevista dalla legge come condizione per le controversie in materia assicurativa. È possibile interpellare 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).</i>
Negoziazione assistita	Tramite richiesta del proprio avvocato a Groupama Assicurazioni S.p.A.
Altri sistemi alternativi di risoluzione delle controversie	L'Arbitrato può essere attivato, ove previsto dalle Condizioni Generali di Assicurazione, per la risoluzione di controversie circa la quantificazione del danno, da un arbitro designato dalle parti o, in mancanza di accordo, da un soggetto terzo. Reclamo all'IVASS o direttamente al sistema estero competente, chiedendo l'attivazione della procedura FIN-NET per la risoluzione della lite transfrontaliera di cui sia parte il reclamante.
REGIME FISCALE	
Trattamento fiscale applicabile al contratto	Imposta sui premi: I premi relativi ai contratti di assicurazione del comparto danni sono soggetti ad Imposta sulle Assicurazioni, secondo le disposizioni contenute nella Legge 1216/1961 e sue successive modifiche e integrazioni. Il premio relativo al presente contratto, avente ad oggetto la copertura del rischio Infortunio, è soggetto ad aliquota pari a 2,50%. Detraibilità fiscale dei premi: I premi versati per la garanzia oggetto di contratto non sono fiscalmente detraibili.

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

PAGINA NON UTILIZZABILE



Groupama
Assicurazioni

PROTEZIONE

MY PROTECTION RIMBORSO SPESE ODONTOIATRICHE.

CONDIZIONI DI ASSICURAZIONE

Documento redatto secondo le linee guida
“Contratti Semplici e Chiari”

Premessa	2
Glossario	3
NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE	5
Art. 1 Dichiarazioni relative alle circostanze del rischio	5
Art. 2 Aggravamento del rischio	5
Art. 3 Diminuzione del rischio	5
Art. 4 Altre assicurazioni	5
Art. 5 Pagamento del premio e decorrenza delle garanzie	5
Art. 6 Modifiche dell'assicurazione	6
Art. 7 Obblighi in caso di sinistro	6
Art. 8 Recesso, proroga e periodo di assicurazione	6
Art. 9 Assicurazione per conto altrui e titolarità dei diritti nascenti dalla polizza	6
Art. 10 Rinuncia al diritto di rivalsa	6
Art. 11 Foro competente	6
Art. 12 Oneri fiscali	6
Art. 13 Estensione territoriale	6
Art. 14 Rinvio alle norme di legge	6
CHI E COSA E' ASSICURATO	7
Art. 15 Chi è assicurato	7
Art. 16 Persone non assicurabili	7
Art. 17 Cosa è assicurato - Oggetto dell'assicurazione	7
COME POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA	7
GARANZIE FACOLTATIVE	7
Art. 18 Cure di II livello	7
Art. 19 Cure di III livello	7
COME MI ASSICURO	
Art. 20 Carenza	7
Art. 21 Trattamenti odontoiatrici complessi	8
COSA NON E' ASSICURATO	8
Art. 22 Esclusioni contrattuali a valere per tutte le garanzie/prestaizoni	8
COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZABILITA'	9
Art. 23 Criteri di erogazione della garanzia prestazioni odontoiatriche	9
Art. 24 Obblighi del contraente o dell'assicurato in caso di sinistro	10
Art. 25 Modalità operative nel caso ci si avvalga di medici odontoiatri o centri odontoiatrici convenzionati	11
Art. 26 Responsabilità prestazioni eseguite da medici odontoiatri o centri odontoiatrici convenzionati	11
Art. 27 Pagamenti	11
Art. 28 Procedura per la liquidazione sinistri cure odontoiatriche - modalità operative nel caso ci si avvalga di medici odontoiatri o centri odontoiatrici convenzionati	12
Art. 29 Procedura per la liquidazione sinistri cure odontoiatriche - modalità operative nel caso ci si avvalga di medici o centri odontoiatrici non convenzionati (assistenza indiretta) o del servizio sanitario nazionale	13
Art. 30 Controversie	13
Art. 31 Pagamento dell'indennizzo	13
Allegati	
Allegato 1 - tariffario delle prestazioni odontoiatriche base	14
Allegato 2 - tariffario delle prestazioni odontoiatriche cure di II livello	15
Allegato 3 - tariffario delle prestazioni odontoiatriche cure di III livello	16
Allegato 4 - scheda anamnestica odontoiatrica	17
Allegato 5 - modulo di denuncia spese sanitarie	20

Premessa

Le Condizioni di Assicurazione riportate nelle pagine che seguono, integrate, ove previsto, dalle dichiarazioni rese nel Questionario sanitario (mod. 220334), costituiscono parte integrante della polizza (mod. 220334).

Resta pertanto inteso che si intendono richiamate, a tutti gli effetti, le dichiarazioni del Contraente riportate in polizza e nel Questionario sanitario e che l'assicurazione è prestata per le somme o i massimali indicati in polizza, fatti salvi i limiti di rimborso e le franchigie eventualmente previste in polizza o nelle Condizioni di Assicurazione.

Le Definizioni riportate nelle Condizioni di Assicurazione hanno valore convenzionale e quindi integrano a tutti gli effetti la normativa contrattuale.

Avvertenza

Al fine di agevolare la lettura e la comprensione del testo contrattuale, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 209/05, le clausole che indicano decadenze, nullità o limitazione delle garanzie ovvero oneri a carico del Contraente o dell'Assicurato sono state evidenziate con fondo celeste nelle Condizioni di Assicurazione (mod. 220330).

GLOSSARIO

Ai seguenti termini viene attribuito convenzionalmente il significato qui precisato, valido agli effetti delle garanzie prestate.

ASSICURATO

Il soggetto per il quale è prestata l'assicurazione.

ASSICURAZIONE

Il contratto con cui la Società, in seguito al pagamento del premio, si obbliga a tutelare l'Assicurato.

CARENZA

Periodo di tempo immediatamente successivo alla data di stipulazione dell'assicurazione durante il quale le prestazioni/garanzie non sono efficaci o sono ridotte.

CENTRO ODONTOIATRICO CONVENZIONATO

Struttura odontoiatrica, composta da uno o più medici, convenzionata con la Società per il tramite della Società di gestione dei servizi di assistenza e sinistri malattia.

L'elenco dei centri odontoiatrici convenzionati è disponibile sul sito internet www.groupama.it.

CONTRAENTE

Il soggetto che stipula l'assicurazione.

DENTISTA

Il medico odontoiatra abilitato all'esercizio della professione in Italia e, se all'estero, il medico odontoiatra iscritto presso il competente ordine professionale.

DENTISTA CONVENZIONATO

Il dentista che aderisce al Network, ovvero appartenente ad un centro odontoiatrico della rete convenzionata.

DIFETTI FISICI

Conformazioni anomale di parti anatomiche (obiettivabili o clinicamente diagnosticate) e loro conseguenze peggiorative, ivi comprese le anomalie cromosomiche che danno luogo a manifestazioni cliniche.

DIRETTA

Modalità di erogazione della Prestazione, che presuppone l'utilizzo del Network e l'autorizzazione da parte della Struttura Organizzativa, con conseguente accollo da parte della Società dei costi dei trattamenti odontoiatrici fruiti dall'Assicurato stesso.

FRANCHIGIA

La parte di danno indennizzabile che rimane a carico dell'Assicurato, espressa in punti percentuali di Invalidità, in giorni o in cifra fissa.

INFORTUNIO

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

LIVELLO DI ASSISTENZA ODONTOIATRICO

Insieme di prestazioni odontoiatriche ragionevolmente omogeneo per obiettivo terapeutico ed intensità di cura.

MALATTIA

Ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute non dipendente da infortunio.

MALATTIA PREESISTENTE

Ogni obiettivabile alterazione evolutiva dello stato di salute, **che non sia malformazione o difetto fisico, non dipendente da infortunio.**

MALFORMAZIONE

Anomalia somatica grossolana nota o non nota all'Assicurato.

MODULO DI RIMBORSO

Documento predisposto dalla Società e compilato dal medico odontoiatra che ha eseguito le cure che deve essere inviato alla Società di gestione dei servizi di assistenza e sinistri malattia in allegato alla fattura in caso di trattamento indiretto con rimborso delle spese. Esso contiene le prestazioni odontoiatriche eseguite e i dati bancari per il rimborso ed è sottoscritto dall'Assicurato.

NETWORK

Rete convenzionata con la Società dei servizi di assistenza e sinistri malattia costituita da strutture odontoiatriche e da medici odontoiatri abilitati all'erogazione di prestazioni odontoiatriche.

POLIZZA

Il documento contrattuale, sottoscritto dal Contraente e dalla Società, che prova l'assicurazione.

INDIRETTA O RIMBORSO

Modalità di erogazione della Prestazione, che presuppone l'utilizzo di qualsiasi dentista non appartenente al Network o del Network, ma senza l'autorizzazione da parte della Struttura Organizzativa, con conseguente rimborso all'Assicurato fino al raggiungimento dell'importo massimo previsto per ogni prestazione riportata agli allegati **Tariffario delle Prestazioni Odontoiatriche Base e delle Cure di Secondo livello**, sempre che attivate.

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.

SCHEDA ANAMNESTICA

Documento, predisposto dalla Società di gestione dei servizi di assistenza e sinistri malattia, compilato e sottoscritto dal medico odontoiatra che ha in cura l'Assicurato, che riepiloga lo stato di salute della bocca dell'Assicurato. La Scheda anamnestica deve essere inviata alla Società di gestione dei servizi di assistenza e sinistri malattia in occasione della prima richiesta di liquidazione della Prestazione, nella modalità sia di Pagamento Diretto sia di rimborso delle spese sostenute.

PREMIO

La somma che il Contraente versa alla Società.

RECESSO

Lo scioglimento del vincolo contrattuale.

RIMBORSO

Somma dovuta dalla Società all'Assicurato in caso di sinistro.

SCOPERTO

La quota parte delle spese sostenute, espressa in percentuale, che rimane a carico dell'Assicurato.

SINISTRO

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

SOCIETÀ

Groupama Assicurazioni S.p.A.

STRUTTURA ORGANIZZATIVA

La struttura della Società di gestione dei servizi di assistenza e sinistri malattia costituita da medici, tecnici e operatori che, in virtù di specifica convenzione sottoscritta con la Società, provvede per incarico di quest'ultima al contatto telefonico con l'Assicurato per coadiuvarlo nella scelta degli studi odontoiatrici convenzionati e per la gestione dei sinistri malattia.

NORME CHE REGOLANO L'ASSICURAZIONE IN GENERALE

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 Codice Civile.

ART. 2 - AGGRAVAMENTO DEL RISCHIO

Il Contraente e/o l'Assicurato devono dare tempestiva comunicazione scritta alla Società dell'aggravamento del rischio. Gli aggravamenti di rischio non noti o non accettati dalla Società 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.

ART. 3 - DIMINUZIONE DEL RISCHIO

Nel caso di diminuzione del rischio, invece, la Società è tenuta a ridurre il premio o le rate successive alla comunicazione del Contraente e/o dell'Assicurato ai sensi dell'art. 1897 del Codice Civile: in tal caso la Società rinuncia al relativo diritto di recesso.

ART. 4 - ALTRE ASSICURAZIONI

Il Contraente e/o l'Assicurato deve comunicare per iscritto alla Società l'esistenza e la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso rischio. In caso di sinistro, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile. Sono escluse dall'obbligo di comunicazione le assicurazioni stipulate per conto dell'Assicurato da altro Contraente per obbligo di legge o di contratto e quelle di cui l'Assicurato è in possesso in modo automatico quali garanzie accessorie di altri servizi.

ART. 5 - PAGAMENTO DEL PREMIO E DECORRENZA DELLE GARANZIE

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

Se il Contraente non paga i premi o le rate di premio successive, l'assicurazione resta sospesa, a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1901 Codice Civile, dalle ore 24 del trentesimo giorno dopo quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24 del giorno del pagamento, ferme le successive scadenze e il diritto della Società al pagamento dei premi scaduti.

Se tuttavia il Contraente non paga entro 60 giorni dalla scadenza una rata di premio successiva alla prima, l'assicurazione riprende effetto a decorrere dalle ore 24 dal 60° giorno successivo a quello del pagamento per le malattie a parziale deroga di quanto previsto dall'art. 1901 Codice Civile.

Il pagamento del premio, solo in caso di frazionamento mensile, può avvenire anche mediante addebito diretto "SDD" sul conto corrente del Contraente. Il Contraente dovrà, in fase di stipula, compilare e sottoscrivere il relativo mandato di addebito diretto sul conto corrente ("mandato SDD") fornito dalla Società così come, in caso di modifica del conto corrente, dovrà darne avviso e compilarne uno nuovo per garantire la continuità dei versamenti. Le richieste di variazione o modifica del mandato SDD dovranno essere effettuate presso il proprio intermediario di riferimento. La Società si impegna a recepire tali variazioni non oltre sessanta giorni dal ricevimento della relativa comunicazione.

Nel caso in cui sia stato convenuto il pagamento con periodicità mensile mediante addebito diretto "SDD", resta convenuto che:

- le prime tre mensilità sono corrisposte in Agenzia all'atto della sottoscrizione;
- l' SDD sarà attivato dalla quarta mensilità.

Si precisa che per ciascuna mensilità da corrispondere con "mandato SDD" saranno esperiti al più due tentativi di addebito, in caso di mancato buon fine anche del secondo tentativo la copertura resta sospesa dalla ore 24 del 30° giorno successivo alla scadenza insoluta e l'addebito SDD è sospeso. Il Contraente dovrà, quindi, recarsi in Agenzia per il pagamento delle rate insolute, la riattivazione della copertura assicurativa e del pagamento premi per le successive rate ai sensi e per gli effetti dell'art. 1901 Codice Civile.

Qualora nei 6 mesi dalla scadenza della prima mensilità omessa il Contraente adempia al suo obbligo di pagamento presso l'Agenzia di tutte le mensilità scadute e non pagate, l'assicurazione riprende effetto nei termini sopra previsti. Decorso 6 mesi dalla scadenza senza che il Contraente abbia provveduto al pagamento il contratto è risolto di diritto.

Fatta eccezione per l'ipotesi in cui sia stato convenuto il pagamento con SDD, il premio deve essere pagato all'Agenzia alla quale è assegnata la polizza oppure alla Società e, quali che siano le modalità di pagamento convenute, è interamente dovuto per l'annualità in corso, anche se ne sia stato concesso il frazionamento in più rate.

ART. 6 - MODIFICHE DELL'ASSICURAZIONE

Le eventuali modifiche dell'assicurazione devono essere provate per iscritto e sottoscritte dal Contraente e dalla Società.

ART. 7 - OBBLIGHI IN CASO DI SINISTRO (VEDERE ANCHE ART. 24)

In caso di sinistro, non appena ne abbia la conoscenza e la possibilità, il Contraente o l'Assicurato deve darne avviso scritto all'agenzia alla quale è assegnata la polizza, oppure alla Società, oppure in caso di sinistro, può contattare direttamente la Struttura Organizzativa, alla quale la Società ha affidato la gestione di tali sinistri.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

ART. 8 - RECESSO, PROROGA E PERIODO DI ASSICURAZIONE

Il Contraente entro e non oltre 30 giorni dal momento in cui il contratto è concluso può recedere.

Le modalità di esercizio del recesso, nei termini che precedono, sono le seguenti:

- il Contraente deve comunicare alla Società - a mezzo lettera raccomandata A.R. - la propria volontà di recedere dal contratto, indicando gli elementi identificativi del contratto; la comunicazione deve essere inviata a Groupama Assicurazioni S.p.A. - Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma.

Il recesso ha l'effetto di liberare entrambe le parti da qualsiasi obbligazione derivante dal contratto a decorrere dalle ore 24 del giorno di spedizione della comunicazione di recesso, quale risulta dalla raccomandata.

Entro 30 giorni dalla data di ricevimento della comunicazione di recesso, la Società rimborsa al Contraente il premio corrisposto al netto della parte relativa al rischio corso e delle imposte.

In mancanza di disdetta, mediante lettera raccomandata spedita almeno 60 giorni prima della scadenza, l'assicurazione è prorogata per un anno e così successivamente.

Per i casi nei quali la legge od il contratto si riferiscono al periodo di assicurazione, questo si intende stabilito nella durata di un anno.

ART. 9 - ASSICURAZIONE PER CONTO ALTRUI E TITOLARITÀ DEI DIRITTI 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 del Codice Civile.

I diritti derivanti dalla polizza, invece, spettano all'Assicurato e il Contraente non potrà farli valere se non con espresso consenso dell'Assicurato.

ART. 10 - RINUNCIA AL DIRITTO DI RIVALSA

La Società rinuncia, a favore dell'Assicurato o dei suoi aventi diritto, al diritto di surrogazione che le compete ai sensi dell'art. 1916 Codice Civile.

ART. 11 - FORO COMPETENTE

Per le controversie relative al presente contratto, la competenza territoriale inderogabile è del giudice del luogo di residenza o di domicilio del consumatore, come definito nell'art. 3 del D. Lgs. 06/09/2005, n. 206.

ART. 12 - ONERI FISCALI

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione, secondo le norme di legge, sono a carico del Contraente.

ART. 13 - ESTENSIONE TERRITORIALE

L'assicurazione è valida in tutto il mondo.

ART. 14 - RINVIO ALLE NORME DI LEGGE

L'Assicurazione è regolata dalla legge italiana.

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

COSA È ASSICURATO E CONTRO QUALI DANNI

ART. 15 - CHI E' ASSICURATO

E'assicurabile la singola persona. L'Assicurato è nominativamente indicato in Polizza (mod. 220334) con le garanzie rese operanti.

ART. 16 - PERSONE NON ASSICURABILI

Premesso che la Società, qualora al momento della stipula dell'assicurazione fosse stata a conoscenza che l'Assicurato era affetto da alcolismo, tossicodipendenza, A.I.D.S. o sindromi correlate, non avrebbe acconsentito a prestare l'assicurazione, si precisa che, al manifestarsi di tali condizioni nel corso dell'assicurazione, l'assicurazione stessa cessa, contestualmente – indipendentemente dalla concreta valutazione dello stato di salute dell'Assicurato – a norma dell'art. 1898 Codice Civile, senza l'obbligo della Società a corrispondere l'indennizzo. In caso di cessazione dell'assicurazione in corso, ed entro 60 giorni dall'effetto della stessa, la Società restituirà al Contraente la parte di premio netto già pagata e relativa al periodo di tempo che intercorre tra il momento della cessazione dell'assicurazione ed il termine del periodo di assicurazione per il quale è stato corrisposto il premio stesso.

ART. 17 - COSA E' ASSICURATO

PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE BASE: PREVENZIONE E CURE DI I LIVELLO

La Società per:

- prevenzione odontoiatrica
- cure odontoiatriche I livello, rese necessarie da malattia o infortunio,

garantisce le prestazioni elencate nell'Allegato 1 "Tariffario Prestazioni Odontoiatriche Base", entro i limiti tariffari e nel rispetto dei vincoli temporali e tecnici ivi menzionati.

COME POSSO PERSONALIZZARE LA MIA COPERTURA

GARANZIE FACOLTATIVE

ART. 18 - CURE DI II LIVELLO (operante solo se espressamente richiamata in polizza)

La Società per:

- cure odontoiatriche di II livello, rese necessarie da malattia o infortunio,

garantisce le prestazioni elencate nell'Allegato 2 "Tariffario Prestazioni Odontoiatriche di II livello", entro i limiti tariffari e nel rispetto dei vincoli temporali e tecnici ivi menzionati.

ART. 19 - CURE DI III LIVELLO (operante solo se espressamente richiamata in polizza)

La Società per:

- cure odontoiatriche di III livello, rese necessarie da malattia o infortunio,

garantisce le prestazioni elencate nell'Allegato 3 "Tariffario Prestazioni Odontoiatriche di III livello":

- entro i limiti tariffari e nel rispetto dei vincoli temporali e tecnici ivi menzionati
- in tutto o in parte, a seconda del corrispondente periodo di carenza.

Si precisa che tale garanzia è operante esclusivamente per il network convenzionato, con presa in carico nella modalità della prestazione diretta, nulla sarà pertanto dovuto all'Assicurato qualora si avvalga di medici odontoiatri o ricorra a centri odontoiatrici non convenzionati o senza aver attivato la modalità della prestazione diretta.

COME MI ASSICURO

ART. 20 - CARENZA

Fermo quanto previsto nelle condizioni di assicurazione art. 5, le garanzie decorrono:

le prestazioni di igiene e prevenzione dentaria

dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;

per gli infortuni

dal momento in cui ha effetto l'assicurazione;

per le malattie

a seconda della garanzia attivata, decorsi i mesi indicati nella seguente tabella;

GARANZIA	CARENZA
	Tempo in mesi dalla data di decorrenza della polizza
CURE DI I LIVELLO	3 MESI
CURE DI II LIVELLO	4 MESI
CURE DI III LIVELLO	6 MESI
(prestazioni erogabili solo in forma Diretta)	Da 6 a 24 mesi la garanzia è attiva ma è previsto un contributo a carico dell'Assicurato come da allegato 3 Oltre 24 mesi la garanzia è attiva e non è previsto alcun contributo a carico dell'Assicurato come da allegato 3

Per individuare il contributo dovuto per le prestazioni di III livello si deve considerare il tempo trascorso tra la data di decorrenza della polizza e la data in cui la prestazione si è resa necessaria.

Per le prestazioni odontoiatriche effettuate sia in forma diretta che indiretta, è sempre necessario verificare preventivamente con la Struttura organizzativa l'importo di rimborso spettante, secondo il livello di cure in cui sono inserite e se le stesse sono ricomprese in polizza (mod. 220334), per determinare l'esatto importo che resterà a carico dell'Assicurato.

ART. 21 - TRATTAMENTI ODONTOIATRICI COMPLESSI

Per i trattamenti odontoiatrici di durata superiore ad 1 anno assicurativo, nonché per tutti i trattamenti in cui il preventivo di spesa sia superiore a Euro 2.000,00, i rimborsi, nei limiti previsti nel **“Tariffario Prestazioni Odontoiatriche”**, saranno ammessi a condizione che prima dell'inizio del trattamento venga presentata alla Struttura organizzativa adeguata documentazione.

COSA NON E' ASSICURATO**ART. 22 - ESCLUSIONI CONTRATTUALI A VALERE PER TUTTE LE GARANZIE / PRESTAZIONI**

L'assicurazione non è operante per:

- trattamenti e prestazioni odontoiatriche non effettuate da medici odontoiatri professionisti regolarmente iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri;
- procedure di ricostruzione utilizzate per incrementare la dimensione verticale del dente persa a causa di attrito;
- lesioni dentarie da infortunio durante la pratica di sport per i quali è previsto l'utilizzo del paradenti;
- sostituzione di protesi rimovibili complete o parziali a causa di rottura mentre non in uso o smarrite;
- qualsiasi prestazione medica relativa a denti mancanti alla decorrenza della copertura;
- prestazioni di rimozione chirurgica di impianti o parti di essi, o qualsiasi prestazione chirurgica o non chirurgica finalizzata alla sistemazione, riparazione, sostituzione o al trattamento di qualsiasi problema correlato ad un impianto sia fisso che rimovibile preesistente all'atto di sottoscrizione della polizza;
- trattamenti ortodontici, anche se associati alla chirurgia ortognatica, sia che precedano o seguano l'intervento chirurgico;
- trattamenti conseguenti a malattie, stati patologici, difetti fisici e anomalie congenite o comunque preesistenti, nonché tutti i trattamenti e le prestazioni iniziati o resisi necessari prima della sottoscrizione dell'Assicurazione o successivamente alla data di scadenza;
- le conseguenze di Infortuni occorsi precedentemente alla data di sottoscrizione dell'Assicurazione;
- cura o trattamento medico odontoiatrico non compresi negli allegati 1, 2 e 3 relativi alle prestazioni odontoiatriche;
- prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;
- estrazioni di denti decidui (da latte);
- interventi che richiedano anestesia generale o sedazione totale;
- tutte le prestazioni ed i trattamenti iniziati o resisi necessari prima della stipula della polizza;
- tutte le prestazioni da malattia e infortunio in assenza di preventiva redazione della “Scheda Anamnestica” alla prima attivazione;
- le prestazioni successive 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 della garanzia;
- Infortuni o Patologie correlate a malattie mentali; epilessia; demenze, intendendosi per tali Alzhei-

mer, Parkinson, Demenza senile e Sindromi demielinizzanti; disturbi della personalità: disturbi psicotici, disturbo delirante, disturbo depressivo maggiore, disturbi dissociativi dell'identità in genere, ivi compresi i comportamenti ossessivo-compulsivi, e loro conseguenze;

- r) patologie correlate a infezione da HIV;
- s) infortuni, malattie, e intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso non terapeutico di stupefacenti o allucinogeni; in caso di uso terapeutico di stupefacenti o allucinogeni, sono esclusi gli infortuni, le malattie e le intossicazioni conseguenti all'uso degli stessi se assunti con modalità o posologie diverse da quelle prescritte dal medico o previste nella scheda tecnica del farmaco;
- t) infortuni occorsi in conseguenza di uno stato di ubriachezza/ebbrezza, qualora il tasso alcolemico presente nel sangue risulti essere superiore a quello stabilito dal Codice della Strada;
- u) gli infortuni:
 - derivanti da delitti dolosi compiuti o tentati dall'Assicurato compresi gli atti di autolesionismo,
 - avvenuti alla guida di qualsiasi veicolo, natante od imbarcazione a motore se l'Assicurato è privo della prescritta patente di abilitazione;
 - avvenuti alla guida od uso di mezzi di locomozione aerea e/o subacquea, compresi deltaplani ed ultraleggeri, sono compresi gli infortuni che l'Assicurato subisca durante i viaggi aerei turistici o di trasferimento, effettuati, in qualità di passeggero, su velivoli od elicotteri da chiunque eserciti tranne che da Società/Aziende di lavoro aereo in occasione di voli diversi da trasporto pubblico di passeggeri o da aeroclubs;
 - derivanti dall'uso, anche come passeggero, di veicoli, natanti od imbarcazioni a motore: in pista od in percorsi di gara; in competizioni e nelle relative prove, salvo si tratti di gare di regolarità pura;
 - derivanti dalla pratica di sport aerei in genere;
 - derivanti dalla pratica di qualsiasi sport esercitato professionalmente e di quelli seguenti anche a titolo non professionale: pugilato, atletica pesante, lotta nelle sue varie forme, arti marziali comportanti contatto fisico, speleologia, alpinismo con scalata di roccia o ghiaccio oltre il terzo grado della scala di Monaco, salto dal trampolino con sci od idrosci, sci acrobatico, sci estremo, bob, skeleton, rugby, football americano, kite-surfing, canyoning, rafting, arrampicata libera, salto con elastico, immersione con autorespiratore, paracadutismo, parapendio o sport aerei in genere;
 - avvenuti in competizioni, prove e allenamenti organizzati o comunque svolti sotto l'egida delle competenti Federazioni Sportive relativamente a calcio, sport equestri, hockey e ciclismo;
 - partecipazione a imprese sportive di carattere eccezionale (ad es. spedizioni esplorative o artiche, himalayane, andine, regate oceaniche);
 - il richiamo alle armi per mobilitazione o per motivi di carattere eccezionale.
- v) gli eventi verificatisi a seguito di contaminazioni nucleari, biologiche o chimiche ; conseguenze dirette o indirette di trasformazioni o assestamenti energetici dell'atomo, naturali o provocati, e delle accelerazioni di particelle atomiche (fissione e fusione nucleare, isotopi radioattivi, macchine acceleratrici, raggi X, ecc.) o esposizione a radiazioni ionizzanti, salvo non siano causate da radiazioni utilizzate sull'Assicurato per terapie mediche;
- w) le conseguenze di guerra o guerra civile, dichiarata e non, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale; l'esclusione non opera se viene presentata documentazione idonea a dimostrare che non vi è nesso causale tra lo stato di guerra ed il sinistro;
- x) le conseguenze di qualsiasi atto di terrorismo quando l'Assicurato ne sia stato parte attiva;
- y) le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti.

La Società non sarà tenuta a fornire la copertura assicurativa e non sarà obbligata a liquidare alcun sinistro o prestazione di cui al presente contratto, qualora ciò possa esporre la stessa a sanzioni, divieti o restrizioni in conformità con quanto disposto dalle risoluzioni delle Nazioni Unite, dalle leggi e regolamenti dell'Unione Europea, del Regno Unito o degli Stati Uniti d'America o da altre leggi e regolamenti applicabili concernenti la repressione del terrorismo internazionale.

COSA FARE IN CASO DI SINISTRO E CRITERI DI INDENNIZZABILITÀ'

ART. 23 - CRITERI DI EROGAZIONE DELLA GARANZIA PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE

Per le spese sostenute per cure odontoiatriche l'Assicurato potrà:

1. avvalersi di medici odontoiatri o centri odontoiatrici convenzionati usufruendo del pagamento diretto da parte della Società (assistenza diretta);

2. avvalersi di medici odontoiatri o centri odontoiatrici non convenzionati, richiedendo successivamente il rimborso alla Società (assistenza indiretta);
3. utilizzare il Servizio Sanitario Nazionale (assistenza indiretta).

Secondo quanto di seguito indicato:

1. Utilizzo di Dentisti convenzionati o Centri Odontoiatrici convenzionati

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di Dentista convenzionato o Centri Odontoiatrici convenzionati, attivandosi preventivamente con la Struttura Organizzativa, la Società paga direttamente le spese indennizzabili a termini di contratto.

2. Utilizzo di Dentisti o Centri Odontoiatrici non convenzionati

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di Dentista non convenzionato o Centri Odontoiatrici non convenzionati, la Società non provvede al pagamento in forma diretta ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto.

3. Utilizzo del Servizio Sanitario Nazionale (Ticket)

Qualora l'Assicurato ritenga di avvalersi di Medici Odontoiatri del Servizio Sanitario Nazionale, la Società non provvede al pagamento in forma diretta ma rimborsa all'Assicurato le spese indennizzabili a termini di contratto.

L'Assicurato alla prima attivazione deve inviare alla Struttura Organizzativa:

- **la Scheda Anamnestica (Allegato 4) circa lo stato della bocca compilato dal medico odontoiatra,**
- **la documentazione di spesa**
- **il modulo di rimborso (Allegato 5), a meno salvo che lo stesso non sia stato fornito alla Struttura Organizzativa insieme al piano di trattamento dal medico odontoiatra convenzionato in caso di assistenza diretta.**

ART. 24 - OBBLIGHI DELL'ASSICURATO IN CASO DI SINISTRO

In caso di sinistro l'Assicurato deve darne avviso scritto alla Struttura Organizzativa quando ne ha avuto conoscenza e, comunque, non oltre il decimo giorno dal momento in cui ne abbia avuto la possibilità, a parziale deroga dell'art. 1913 del Codice Civile.

L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

L'Assicurato è sollevato da tale obbligo se si è avvalso di medici odontoiatri o centri odontoiatrici convenzionati ed è stato in questo preventivamente autorizzato dalla Struttura Organizzativa secondo le modalità riportate al successivo art. 25, dalla Struttura organizzativa che formalizzerà la denuncia di sinistro.

Successivamente alla denuncia di sinistro, l'Assicurato deve presentare la documentazione medica richiesta a chiusura del sinistro nel più breve tempo possibile e comunque entro e non oltre 4 mesi (120 giorni) dalla data di scadenza della polizza.

L'Assicurato deve consentire le indagini e gli accertamenti necessari nonché, su richiesta della Società, sottoporsi agli eventuali accertamenti e controlli medici disposti da suoi incaricati, fornire ogni informazione e produrre copia di ogni documentazione sanitaria richiesta sciogliendo dal segreto professionale e d'ufficio i medici che lo hanno visitato o curato e gli enti presso i quali è stato ricoverato o curato ambulatorialmente.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga della facoltà di inviare la documentazione medica e fiscale del sinistro in fotocopia, la Società si riserva il diritto di richiedere, ove lo ritenga necessario, la documentazione in originale sia delle fatture che della documentazione medica.

Ai fini della valutazione del rimborso di tutte le prestazioni coperte dalla presente polizza, erogate sia in forma Diretta che Indiretta, la Società si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica, esiti di esami strumentali o ogni altra documentazione utile alla corretta valutazione del sinistro.

ART. 25 - MODALITÀ OPERATIVE NEL CASO CI SI AVVALGA DI MEDICI ODONTOIATRI O CENTRI ODONTOIATRICI CONVENZIONATI**Premessa**

La gestione e la liquidazione dei sinistri di prestazioni odontoiatriche è stata affidata dalla Società a My Assistance - **Via Montecuccoli, 20/2 - 20146 Milano.**

La Società, lasciando invariati la portata ed i limiti delle prestazioni garantite, si riserva la facoltà di affidare il servizio ad altra società di gestione dei sinistri autorizzata ai termini di legge. In tal caso, verrà prontamente comunicata al Contraente la denominazione di tale società, senza che ciò possa costituire motivo di risoluzione del contratto.

Modalità

L'assicurato che ritenga di avvalersi di medici odontoiatri o centri odontoiatrici convenzionati, usufruendo così di prestazioni in regime di assistenza diretta, **deve contattare la Struttura Organizzativa ai seguenti recapiti:**

- numero verde nazionale gratuito: 800.303.007
- numero telefonico per chiamate dall'estero: +39 02.30.35.00.002

La Struttura Organizzativa è a disposizione degli Assicurati:

- dalle ore 8:30 alle ore 18:00 dal lunedì al venerdì (esclusi i festivi), per la prenotazione delle strutture sanitarie e dei medici chirurghi convenzionati, garantendo anche, se necessario, le informazioni necessarie per la scelta della struttura e dei medici più idonei per ogni necessità;
- 24 ore su 24, 365 giorni l'anno, per fornire consigli medici per orientare alla soluzione di problemi d'urgenza.

L'Assicurato nel contattare la Struttura Organizzativa presta il consenso al trattamento dei suoi dati.

In aggiunta se vorrà potrà richiedere a My Assistance le credenziali per potere procedere in autonomia alla denuncia dei suoi sinistri tramite il seguente indirizzo internet o app:

<https://app.myassistance.eu/> accessibile da smartphone, o tramite PC;

oppure tramite

l'app My Assistance, compatibile con android e ios.

Al fine di ottenere le credenziali dovrà farne richiesta a My Assistance all'indirizzo mail sopra indicato specificando:

nome - cognome

codice fiscale

codice agenzia e n° di polizza

indirizzo e-mail

In questo caso potrà chiedere la presa in carico della prestazione in assistenza diretta.

La Struttura Organizzativa, sulla base delle informazioni ricevute dall'Assicurato, provvederà alla verifica della operatività del pagamento diretto e del diritto alla prestazione, invierà al Dentista convenzionato o al Centro Odontoiatrico convenzionato autorizzazione ad eseguire le prestazioni concordate e ne darà conferma telefonica all'Assicurato stesso.

ART. 26 - RESPONSABILITÀ PRESTAZIONI ESEGUITE DA MEDICI ODONTOIATRI O CENTRI ODONTOIATRICI CONVENZIONATI

Il Contraente e gli Assicurati riconoscono espressamente che la Società e la Struttura Organizzativa non hanno alcuna responsabilità per le prestazioni e/o loro esecuzioni fornite dagli Istituti di cura e dai medici convenzionati.

Pertanto il Contraente e gli Assicurati prendono atto che per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali dovranno rivolgersi esclusivamente alle strutture (Istituti di cura, Centri diagnostici e Studi odontoiatrici) ed ai medici che hanno prestato i servizi richiesti.

ART. 27 - PAGAMENTI

Tutti i pagamenti nei confronti dell'Assicurato vengono effettuati a cura ultimata, in Italia e in valuta corrente.

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

ART. 28 - PROCEDURA PER LA LIQUIDAZIONE SINISTRI CURE ODONTOIATRICHE - MODALITÀ OPERATIVE NEL CASO CI SI AVVALGA DI DENTISTA CONVENZIONATO O CENTRI ODONTOIATRICI CONVENZIONATI

Al fine di ottenere la prestazione in assistenza diretta l'Assicurato deve accedere al Dentista convenzionato o ai Centri Odontoiatrici Convenzionati esclusivamente tramite la Struttura Organizzativa, che deve essere contattata con un preavviso di almeno 3 giorni lavorativi.

La Struttura Organizzativa, ricevuto dal Dentista o dal Centro Odontoiatrico il "Piano di Cure", provvede a comunicare all'Assicurato e al Dentista o Centro Odontoiatrico convenzionato l'esito della valutazione e l'eventuale autorizzazione delle prestazioni assicurate per le quali sarà prevista la forma diretta.

Qualora non fosse possibile autorizzare l'Assistenza Diretta con la sola documentazione medica inoltrata, la Struttura Organizzativa potrà richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali.

In caso di esito negativo l'Assicurato dovrà saldare, a cure effettuate, direttamente al Dentista o al Centro Odontoiatrico convenzionato quanto non autorizzato.

Si precisa che in occasione del primo sinistro, il dentista convenzionato, terminata la visita, procederà alla redazione di una Scheda anamnestica (Allegato 4) relativa all'Assicurato contenente il quadro sanitario dentario in quel momento e provvederà a trasmetterlo alla Struttura organizzativa la quale ne prenderà visione prima di autorizzare le singole prestazioni.

In assenza della Scheda anamnestica la garanzia cure odontoiatriche non potrà essere attivata.

Al momento della conclusione del "Piano di Cure" l'Assicurato deve sostenere in proprio le spese di sua competenza (prestazioni non contemplate dalla garanzia, eventuali eccedenze rispetto al Tariffario delle prestazioni Odontoiatrico, prestazioni non autorizzate o importo a suo carico in funzione del periodo di carenza).

Il pagamento che la Società avrà effettuato al Dentista convenzionato o ai Centri Odontoiatrici convenzionati, solleverà la Società stessa nei loro confronti e nei confronti dell'Assicurato, senza che questi o i suoi eredi possano vantare pretesa alcuna per la stessa causale, nemmeno a titolo integrativo di quanto la Società abbia già corrisposto.

Il pagamento diretto non pregiudica il diritto della Società a far valere eventuali eccezioni nei confronti dell'Assicurato.

La richiesta del pagamento diretto e la conferma da parte della Struttura organizzativa, prestata in base alle notizie ed alla documentazione fornite dall'Assicurato, non pregiudicano la valutazione della Società sulla indennizzabilità del sinistro a termini di polizza al ricevimento della documentazione completa.

La Società si riserva la facoltà di rifiutare l'ammissione al pagamento diretto, nonché di richiedere all'Assicurato la restituzione delle somme pagate, nella misura in cui, in base alla polizza, avrebbe avuto diritto di rifiutare o ridurre la prestazione garantita anche se trattasi di spese precedentemente autorizzate qualora il sinistro risultasse poi non indennizzabile.

Qualora il sinistro risultasse non indennizzabile, l'Assicurato dovrà saldare personalmente al Dentista convenzionato o ai Centri Odontoiatrici convenzionati le spese sostenute anche se precedentemente autorizzate.

ART. 29 - PROCEDURA PER LA LIQUIDAZIONE SINISTRI CURE ODONTOIATRICHE - MODALITÀ OPERATIVE NEL CASO CI SI AVVALGA DI DENTISTA O CENTRI ODONTOIATRICI NON CONVENZIONATI (ASSISTENZA INDIRETTA) O DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE.

La Società, per il tramite di My Assistance, effettua, a cura ultimata, il pagamento di quanto dovuto dietro presentazione, unitamente al modulo di richiesta di rimborso (Allegato 5) compilato, firmato e timbrato dal Medico Odontoiatra, delle fotocopie delle relative notule, distinte o ricevute, debitamente quietanzate e valide ai fini fiscali dettagliate per costo e prestazione.

L'Assicurato, che abbia richiesto le credenziali per accedere al sito o all'app di My Assistance, così come previsto al precedente art. 24, potrà in autonomia richiedere il rimborso della prestazione, caricando copia della necessaria documentazione per la definizione del sinistro stesso.

In occasione del primo sinistro, il Medico Odontoiatra procederà alla redazione di una Scheda anamnestica (Allegato 4) relativa all'Assicurato contenente il quadro sanitario dentario che dovrà essere inviata alla Società.

In assenza della Scheda anamnestica la garanzia cure odontoiatriche non potrà essere attivata.

Tutta la documentazione deve essere inoltrata alla Struttura organizzativa inviando una pratica per singola patologia; la Struttura organizzativa potrà sempre richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali.

La documentazione deve essere intestata all'Assicurato beneficiario delle prestazioni: il rimborso avviene in ogni caso a favore dell'Assicurato.

La fattura emessa da studio medico o medico specialista, dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente le cure effettuate.

Qualora l'Assicurato abbia presentato a terzi le notule, fatture o ricevute per ottenerne il rimborso, il pagamento di quanto dovuto a termini del presente contratto avverrà previa dimostrazione delle spese effettivamente sostenute, al netto di quanto a carico dei predetti terzi fermo il limite indicato nell'Opzione Assicurativa.

ART. 30 - CONTROVERSIE

Le controversie di natura medica sull'indennizzabilità del sinistro e/o sulla misura dell'indennizzo possono essere demandate con comunicazione scritta a un collegio di tre medici, nominati uno per parte e il terzo dai medici designati di comune accordo o, in caso contrario, dal Consiglio dell'Ordine dei Medici che ha giurisdizione nel luogo dove deve riunirsi il collegio.

Il collegio medico risiede nel comune che sia sede dell'Istituto di Medicina Legale più vicino al luogo di residenza dell'Assicurato, anche nell'ipotesi che questo non sia contraente di polizza.

Ciascuna delle parti sostiene le spese del proprio medico mentre quelle del terzo medico sono ripartite a metà tra la parte e l'Assicurato.

Le decisioni del collegio medico sono prese a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, che rinunciano a qualsiasi impugnativa, salvo il caso di violenza, dolo, errore e violazione dei patti contrattuali.

I risultati delle operazioni peritali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigere in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti. In esso deve risultare anche l'eventuale rifiuto di uno dei medici a firmare il verbale stesso.

ART. 31 - PAGAMENTO DELL'INDENNIZZO (PER PRESTAZIONI FUORI NETWORK)

Verificata l'operatività della garanzia, ricevuta la necessaria documentazione e determinato l'indennizzo che risulta dovuto, la Società provvede al pagamento dell'indennizzo stesso entro 30 giorni dalla ricezione dell'atto di transazione e quietanza sottoscritto dall'avente diritto.

Allegato 1 - Tariffario delle Prestazioni Odontoiatriche Base: Prevenzione e cure di I livello

Prestazione	Descrizione	Carenza	Limiti per Prestazioni in Indiretta	Vincoli temporali	Vincoli tecnici
IGIENE E PREVENZIONE DENTARIA					
Pulizia della bocca	Ablazione semplice del tartaro (detartrasi)	Non viene applicato nessun periodo di carenza.	31,5	1 ogni 12 mesi, in un'unica soluzione	
	Applicazione topica di fluoro (fluoroprofilassi)		13,5		
	Visita odontoiatrica iniziale (compreso stesura piano di cura e preventivo di spesa)		27,0		
ELENCO DELLE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE					
CURE DI PRIMO LIVELLO					
Visita Odontoiatrica	Visita odontoiatrica iniziale (compreso stesura piano di cura e preventivo di spesa)	Il periodo di carenza per cure a seguito di malattia è pari a 3 mesi. Non viene applicato alcun periodo di carenza per le cure a seguito di infortunio.	27,0	2 ogni 12 mesi	Se propedeutica ai trattamenti coperti ai sensi di polizza
Radiologia	Radiografia endorale (periapicale, occlusale, bitewing), per lastrina		10,8	Il numero delle RX è autorizzato secondo giudizio del medico fiduciario della Compagnia	Le RX (ove non incluse nella descrizione della prestazione) sono rimborsabili solo se propedeutiche ad una cura odontoiatrica da malattia inclusa nel piano assicurativo (escluso prevenzione).
Estrazioni	Estrazione semplice di dente o radice		45,0	2 ogni 12 mesi	
	Estrazione di dente o radice in inclusione ossea parziale		81,0	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
	Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (anche per estrazione chirurgica di 3° molare in disodontiasi, compresa prestazione per eventuali radici ritenute)		117,0		Comprovata da RX
Otturazione	Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici)		58,5	2 ogni 12 mesi	
	Otturazione in composito o amalgama (3-5 superfici)		72,0		
Devitalizzazioni asportazioni del nervo	Terapia endodontica radicolare monocanalare, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica		81,0	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
	Terapia endodontica radicolare bicanalare per elemento, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica		135,0	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
	Terapia endodontica radicolare tricanalare o più di 3 canali radicolare, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica		180,0	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
Riparazione di protesi	Riparazione protesi		54,0	1 ogni 3 anni	Richiesta certificazione del laboratorio

Allegato 2 - Tariffario delle Prestazioni Odontoiatriche cure di II livello

Prestazione	Descrizione	Carenza	Limiti per Prestazioni in Indiretta	Vincoli temporali	Vincoli tecnici
CURE DI SECONDO LIVELLO					
Ortopantomografia	Ortopantomografia di una od entrambe le arcate dentarie (OPT)	Il periodo di carenza per cure a seguito di malattia è pari a 4 mesi. Non viene applicato alcun periodo di carenza per le cure a seguito di infortunio.	27,0	2 ogni 12 mesi	
Apicectomia	Intervento di chirurgia endodontica per asportazione di 3° apicale della radice per elemento dentario (qualsiasi numero di radici e compresa chiusura apice chirurgico)		162,0	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
Rizotomia	Separazione di radici in dente pluriradicolato (ad elemento indipendentemente dal numero di radici e comprensivo di lembo chirurgico)		63,0	2 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
Rizectomia	Rizectomia - per elemento dentario indipendentemente dal numero di radici estratte (incluso lembo osseo)		90,0	2 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
Piccola chirurgia orale	Frenulectomia e/o frenuloplastica (per arcata)		90,0	3 ogni 12 mesi	Comprovata da RX o foto digitale endorale
	Interventi di piccola chirurgia orale (incisione e drenaggio di ascessi, asportazione di cisti mucose, asportazione di piccole neoplasie), per emiarcata		81,0		
	Intervento di regolarizzazione della cresta alveolare parzialmente edentula o edentula, o exeresi di torus palatino o mandibolare per fini protesici (ad emiarcata)		162,0		
Placca funzionalizzata	Bite plane o orto bite o bite guardie		270,0	1 volta ogni 24 mesi	Richiesta certificazione del laboratorio
Molaggio selettivo	Molaggio selettivo parziale o totale (max. 1 seduta)		81,0	1 sola volta	

Allegato 3 - Tariffario delle Prestazioni Odontoiatriche cure di III livello

Prestazione	Descrizione	Carenza	Importo a carico dell'Assicurato in funzione del tempo in mesi trascorso dalla data di decorrenza della Polizza per le sole cure a seguito di malattia			Limiti per Prestazioni in Indiretta	Vincoli temporali	Vincoli tecnici
			>6<12	>12<24	24+			
CURE DI TERZO LIVELLO								
Ritrattamento endodontico	Ritrattamento endodontico (per elemento) comprensivo dell'otturazione della cavità di accesso, ricostruzione coronale pre-endodontica e radiografie intraorali	Il periodo di carenza per cure a seguito di malattia è pari a 6 mesi. Non viene applicato alcun periodo di carenza per le cure a seguito di infortunio.	70,00	40,00	Prestazioni gratuite a totale carico della Compagnia	Prestazioni accessibili soltanto in forma diretta	1 ogni 12 mesi	Comprovata da RX
Fotografia digitale endorale	Fotografia o immagine video endorale (in alternativa ad OPT o Rx endorale)		3,50	2,00			Solo ove richiesta, in numero massimo di 2	Solo ove richiesta
Gingivectomia	Gingivectomia, per dente (max 5 denti, oltre considerata emiarcata) Gingivectomia, per emiarcata		21,00 122,50	12,00 70,00			1 volta ogni 12 mesi	Comprovata da foto digitale endorale
Chirurgia parodontale	Lembo gengivale semplice (scaling e root planing a cielo aperto) compreso qualsiasi tipo di lembo e relativa sutura, per emiarcata		126,00	72,00				
	Lembo muco gengivale con riposizionamento apicale - courettage a cielo aperto, per emiarcata		140,00	80,00				
	Intervento di chirurgia ossea (resetiva o allungamento di corona clinica o rigenerativa) per emiarcata (trattamento completo, incluso qualsiasi tipo di lembo e sutura)		196,00	112,00				
Interventi di chirurgia orale con sistemazione dei difetti ossei	Utilizzo di materiali biocompatibili, per emiarcata (trattamento completo, incluso qualsiasi tipo di lembo e sutura)		140,00	80,00			1 sola volta per arcata	
Intarsi	Intarsi in qualsiasi materiale (anche prezioso) inlay-onlay-overlay per elemento (compreso provvisorio)		196,00	112,00			2 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	
Implantologia	Impianto osteointegrato (incluso pilastro prefabbricato)		700,00	400,00			1 ogni 12 mesi Non più ripetibile sullo stesso elemento	Dental scan pre-impianto ed RX post-impianto.
Elementi provvisori in attesa delle protesi definitive	Corona protesica provvisoria semplice in resina o armata		42,00	24,00			2 ogni 12 mesi. Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio
Perno moncone	Ricostruzione del dente con perni endocanalari, per elemento Perno moncone con perno in L.P o L.N.P. o ceramico o in fibra di carbonio, per elemento		77,00 126,00	44,00 72,00			2 ogni 12 mesi Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio
Elemento dentale	Elemento a giacca in resina - per elemento definitivo		168,00	96,00			2 ogni 12 mesi	Richiesta certificazione del laboratorio
	Corona protesica in L.N.P. e ceramica o L.P. e faccetta in resina anche fresata o metallo composito, per elemento		280,00	160,00			Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio
	Corona in L.P. e ceramica o metal free o AGC e porcellana, per elemento		420,00	240,00			2 ogni 12 mesi Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio
Attacco di precisione	Attacco di precisione in qualsiasi tipo di lega o controfresaggi in lega preziosa o coppette radicolari, per elemento		105,00	60,00			1 ogni 12 mesi Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio
Rifacimento in ceramica su struttura di elemento fisso	Ricostruzione moncone protesico, per elemento (qualsiasi materiale)		98,00	56,00			1 ogni 12 mesi Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio
Parziali	Struttura parziale rimovibile provvisoria di qualsiasi tipo completa di ganci ed elementi dentari, per elemento		196,00	112,00			1 ogni 12 mesi Non ripetibile sullo stesso elemento prima di 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio
	Aggiunta di elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato		38,50	22,00			1 ogni 5 anni	Solo correlata a prestazione soprastante. Fino ad un massimo di 5 elementi. Richiesta certificazione del laboratorio.
Dentiera	Protesi totale immediata, per arcata		490,00	280,00			1 ogni 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio
	Protesi totale definitiva in resina o ceramica, per arcata		595,00	340,00			1 ogni 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio
Scheletrato	Scheletrato in lega di qualsiasi tipo completa di elementi dentari, per arcata		560,00	320,00			1 ogni 5 anni	Richiesta certificazione del laboratorio
	Gancio su scheletrato		28,00	16,00			1 ogni 5 anni	Solo correlata a prestazione soprastante. Richiesta certificazione del laboratorio.
	Aggiunta di elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato		38,50	22,00			1 ogni 5 anni	Solo correlata a prestazione soprastante. Richiesta certificazione del laboratorio.
Ribasatura	Ribasamento definitiva protesi totale (tecnica diretta o indiretta), per arcata		105,00	60,00			1 ogni 5 anni	

Allegato 4

Scheda Anamnestica Odontoiatrica

Da inviare a **My Assistance** preventivamente per richiedere copertura diretta ed usufruire dell'assistenza con pagamento a carico dell'Assicurazione tramite **fax 02.871.819.75** o Email retail.groupama@myassistance.it - per informazioni **800.303.007**

CONTRAENTE _____

POLIZZA N° _____

Cognome e nome _____

ASSICURATO _____

☐ Coniuge/Convivente ☐ Figlio ☐ Altro

Persona cui si riferiscono le spese

Indirizzo ove ricevere comunicazioni Via/C.so _____

Unicamente domicilio o residenza

Num. Civ _____

CAP _____

Località _____

Prov. _____

Recapito telefonico _____

Questionario Odontoiatrico

- | | |
|--|---|
| 1) Frequenta regolarmente il dentista | Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 2) Quando ha effettuato l' ultima visita odontoiatrica | data _____ |
| 3) Quante volte fa la pulizia dei denti in un anno | n° _____ |
| 4) Sono state praticate in passato cure o trattamenti odontoiatrici? | Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
| 5) È stato curato per problemi di articolazione temporo mandibolare? | Sì <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |

Stato Attuale, Odontogramma

Da compilare a cura del medico odontoiatra.

Nelle caselle corrispondenti a ciascun elemento dentario dovranno essere indicati i codici delle prestazioni del nomenclatore tariffario odontoiatrico riportato nelle pagine seguenti.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Unire i denti interessati da un ponte ed evidenziare i denti pilastro

Stato usura manufatti: Nullo (1) Medio (2) Avanzato (3)

Note

Luogo	Data
_____	_____
_____	_____

Riconosco che la compilazione della Scheda Anamnestica è stata eseguita dal medico odontoiatra dopo l'esame obiettivo dello stato di salute della mia bocca.

Dichiaro che le informazioni contenute in questo documento sono veritiere.

FIRMA DELL'ASSICURATO

(o di chi ne esercita la potestà) _____

Dichiaro che la compilazione di questa Scheda Anamnestica è avvenuta dopo l'esame obiettivo della bocca del paziente assicurato come riportato nell'apposito riquadro.

Dichiaro che le informazioni contenute in questo documento sono veritiere.

TIMBRO E FIRMA MEDICO ODONTOIATRA

Ricevuta l'informativa ai sensi del d. lgs. del 30/06/2003 n° 196 "Codice in materia di protezione dei dati personali", ACCONSENTO al trattamento ed alla comunicazione dei miei dati personali e sensibili, necessari per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco, ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente My Assistance, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Assicuratore, e nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Data _____

Firma dell'assicurato (o di chi ne esercita la potestà) _____

Piano di Trattamento

Da compilare a cura del medico odontoiatra con i codici presenti nel nomenclatore.

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Note

Luogo	Data

TIMBRO E FIRMA MEDICO ODONTOIATRA

Nomenclatore

Il presente nomenclatore riporta **tutte** le prestazioni eseguibili in Odontoiatria e pertanto tutte le prestazioni vanno ricondotte (anche per similitudine) alle prestazioni elencate. Non costituiscono prestazioni aggiuntive le metodiche con cui vengono eseguite le prestazioni (a titolo esemplificativo il posizionamento della diga, matrici, cunei, il rilievo di impronte, l'anestesia, ecc) poiché facenti parte delle prestazioni stesse. Si ricorda inoltre che le prestazioni elencate sono comprensive di tutti i materiali utilizzati sia chirurgici sia protesici (in qualsiasi lega o composito) sia farmacologici.

COD.	DESCRIZIONE DELLA PRESTAZIONE
CONSERVATIVA	
AN01	Otturazione in composito o amalgama
AN02	Sigillatura (per ogni dente)
AN03	Ricostruzione del dente con perni endocanalari, per elemento
CHIRURGIA	
AN04	Estrazione
AN05	Apicectomia
AN06	Intervento di chirurgia ortodontica per esposizione di elemento incluso (compreso di posizionamento qualsiasi tipo di vite transmucosa) o per trazione di elementi in infraocclusione o parzialmente erotti (compresa prestazione ortodontica per l'ancoraggio), per ogni elemento
AN07	Intervento di regolarizzazione della cresta alveolare parzialmente edentula o edentula, o exeresi di torus palatino o mandibolare per fini protesici
AN08	Separazione di radici (Rizotomia)
AN09	Frenulectomia e/o frenuloplastica
AN10	Biopsia dei tessuti molli o duri di qualsiasi regione della cavità orale (qualsiasi numero di biopsie nello stesso atto chirurgico)
AN11	Interventi di piccola chirurgia orale (incisione e drenaggio di ascessi, asportazione di cisti mucose, asportazione di piccole neoplasie)
AN12	Asportazione di granuloma periferico a cellule giganti (compresa chirurgia resettiva dell'osso alveolare)
PARADONTOLOGIA	
AN13	Scaling e root planing
AN14	Lembo gengivale semplice (scaling e root planing a cielo aperto) compreso qualsiasi tipo di lembo e relativa sutura
AN15	Lembo muco gengivale con riposizionamento apicale - courettage a cielo aperto
AN16	Gengivectomia
AN17	Splintaggio
AN18	Rizectomia
N19	Intervento di chirurgia ossea (resettiva o allungamento di corona clinica o rigenerativa) (trattamento completo, incluso qualsiasi tipo di lembo e sutura)

ENDODONZIA	
AN20	Terapia endodontica radicolare monocalare, bicanalare, tricanalare o più di 3 canali radicolare
AN21	Ritrattamento endodontico (per elemento) comprensivo dell'otturazione della cavità di accesso, ricostruzione coronale pre-endodontica e radiografie intraorali
AN22	Pulpotomia
PROTESI	
AN23	Protesi totale
AN24	Protesi parziale definitiva con ganci ed elementi dentari
AN25	Struttura parziale rimovibile provvisoria
AN26	Scheletrato in lega di qualsiasi tipo completa di elementi dentari, per arcata con ganci/attacchi di precisione
AN27	Riparazione protesi
AN28	Aggiunta di elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato
AN29	Ribasamento definitiva protesi totale (tecnica diretta o indiretta)
AN30	Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo elemento/pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte
AN31	Intarsi: AN31a oro AN31b ceramica AN31c composito
AN32	Corona protesica provvisoria semplice in resina o armata
AN33	Elemento in resina provvisorio rinforzato (qualsiasi tipo di provvisorio rinforzato), per elemento
AN34	Corona protesica: AN34a oro resina AN34b oro ceramica AN34c metallo ceramica AN34d ceramica integrale AN34 e altro
AN35	Perno moncone con perno in L.P o L.N.P. o ceramico o in fibra di carbonio, per elemento
AN36	Riparazione di faccette in resina o ceramica (e similari)
GNATOLOGIA	
AN37	Molaggio selettivo parziale o totale (max. 1 seduta)
AN38	Bite plane o orto bite o bite garde (Placca di svincolo)
ORTOGNATODONZIA	
AN39	Terapia ortodontica con apparecchiature fisse per arcata per anno, compreso esame cefalometrico. Non si somma alla terapia ortodontica con apparecchiature rimovibili.
AN40	Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per anno, compreso esame cefalometrico. Non si somma alla terapia ortodontica con apparecchiature fisse.
AN41	Terapia ortodontica di mantenimento per contenzione fissa o mobile
IMPLANTOLOGIA	
AN42	Impianto osteointegrato
AN43	Intervento per aumento verticale e/o orizzontale del processo alveolare residuo con innesto di osso autologo nel seno mascellare (prelievo intraorale) e/o inserimento di qualsiasi tipo di materiale biocompatibile, o intervento per ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta mandibolare o mascellare con innesto di osso autologo e/o inserimento di qualsiasi tipo di materiale biocompatibile o apertura del seno mascellare per complicanze post estrattive, per presenza di corpo estraneo, ecc

MODULO di DENUNCIA SPESE SANITARIE

Da inviare a **My Assistance** preventivamente per richiedere copertura diretta ed usufruire dell'assistenza con pagamento a carico dell'Assicurazione tramite **fax 02.871.819.75** o Email **retail.groupama@myassistance.it** - per informazioni **800.303.007**

POLIZZA	N°
---------	----

Nominativo Iscritto _____

Persona cui si riferiscono le spese

Indirizzo ove restituire la documentazione **Via/C.so** _____ **Num. Civ.** _____

Unicamente domicilio o residenza

CAP	Località	Prov.	Recapito telefonico
-----	----------	-------	---------------------

Altre coperture sanitarie ☐ NO ☐ SI

Compagnia/Fondo/Cassa

Desidero attivare per questa denuncia il servizio **INFO SMS** sullo stato della pratica. **N.Cellulare**

DATI BANCARI (OBBLIGATORI)

Cognome	e	nome	del/i	titolare/i	del	c/c
---------	---	------	-------	------------	-----	-----

Codice fiscale del titolare del c/c (obbligatorio se diverso da quello dell'iscritto)

IBAN

[illegible]

DOCUMENTAZIONE DI SPESA

[illegible]

Trattenere una copia di tutta la documentazione inviata

Data **Firma dell'assicurato** (o di chi ne esercita la potestà)

Si prega di prendere visione delle pagine seguenti, la cui mancata sottoscrizione da parte dell'Assicurato inficia la presente denuncia

Il presente documento deve essere compilato integralmente dal dentista e firmato, negli appositi spazi riservati in calce alla seconda pagina, dal dentista e dal paziente.

Durata prevista per le cure (obbligatorio):	Data inizio cure:	Data fine cure:
---	-------------------	-----------------

INDICAZIONI PER L'ODONTOIATRA

Per ogni codice prestazione "COD" oggetto di cure è necessario crocettare l'arcata, l'emiarcata o i singoli denti interessati e indicare, nelle apposite caselle, la quantità e l'importo in euro.

NOMENCLATORE

Premessa

Il presente nomenclatore riporta **tutte** le prestazioni eseguibili in Odontoiatria e pertanto tutte le prestazioni vanno ricondotte (anche per similitudine) alle prestazioni elencate. Non costituiscono prestazioni aggiuntive le metodiche con cui vengono eseguite le prestazioni (a titolo esemplificativo il posizionamento della diga, matrici, cunei, il rilievo di impronte, l'anestesia, ecc) poiché facenti parte delle prestazioni stesse. Si ricorda inoltre che le prestazioni elencate sono comprensive di tutti i materiali utilizzati sia chirurgici sia protesici (in qualsiasi lega o composito) sia farmacologici.

Cod	Descrizione delle Prestazioni	Q.tà																	Importo in Euro
	VISITE																		
1	Visita odontoiatrica iniziale (compreso stesura piano di cura e preventivo di spesa)																		
2	Visita odontoiatrica periodica o di controllo																		
3	Visita odontoiatrica con intervento d'urgenza																		
4	Visita ortodontica comprensiva di rilievo per impronte per modelli di studio																		
	IGIENE ORALE E PARADONTALE																		
5	Ablazione semplice del tartaro (detartrasi) (sia adulti che bambini)																		
6	Applicazione topica di fluoro (fluoroprofilassi) (sia adulti che bambini)																		
	CONSERVATIVA		QUADRANTE 1								QUADRANTE 2								
			QUADRANTE 4								QUADRANTE 3								
7	Otturazione in composito o amalgama (1-2 superfici)		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
8	Otturazione in composito o amalgama (3-5 superfici)		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
9	Sigillatura (per ogni dente)		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
10	Posizionamento di materiali protettivi sul fondo cavitario (qualsiasi tipo e metodica)		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
11	Ricostruzione del dente con perni endocanalari, per elemento		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	

INDICAZIONI PER L'ODONTOIATRA

Per ogni codice prestazione "COD" oggetto di cure è necessario crocettare l'arcata, l'emiarcata o i singoli denti interessati e indicare, nelle apposite caselle, la quantità e l'importo in euro.

Cod	Descrizione delle Prestazioni	Q.tà																	Importo in Euro
	CHIRURGIA		QUADRANTE 1								QUADRANTE 2								
			QUADRANTE 4								QUADRANTE 3								
12	Estrazione semplice di dente o radice		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
13	Estrazione di dente o radice in inclusione ossea parziale		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
14	Estrazione di dente o radice in inclusione ossea totale (anche per estrazione chirurgica di 3° molare in disodontiasi, compresa prestazione per eventuali radici ritenute)																		
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
15	Intervento di chirurgia endodontica per asportazione di 3° apicale della radice per elemento dentario (qualsiasi numero di radici e compresa chiusura apice chirurgico)																		
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
16	Intervento di chirurgia ortododontica per esposizione di elemento incluso (compreso di posizionamento qualsiasi tipo di vite transmucosa) o per trazione di elementi in infraocclusione o parzialmente erotti (compresa prestazione ortodontica per l'ancoraggio), per ogni elemento																		
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
17	Intervento di regolarizzazione della cresta alveolare parzialmente edentula o edentula, o exeresi di torus palatino o mandibolare per fini protesici (ad emiarcata)																		
			Emiarcata Sup. Dx								Emiarcata Sup. Sin.								
			Emiarcata Inf. Dx								Emiarcata Inf. Sin.								
18	Separazione di radici in dente pluriradicolato (ad elemento indipendentemente dal numero di radici e comprensivo di lembo chirurgico)																		
19	Frenulectomia e/o frenuloplastica (per arcata)		Arcata Superiore								Arcata Inferiore								
20	Biopsia dei tessuti molli o duri di qualsiasi regione della cavità orale (qualsiasi numero di biopsie nello stesso atto chirurgico)																		
21	Interventi di piccola chirurgia orale (incisione e drenaggio di ascessi, asportazione di cisti mucose, asportazione di piccole neoplasie), per emiarcata																		
			Emiarcata Sup. Dx								Emiarcata Sup. Sin.								
			Emiarcata Inf. Dx								Emiarcata Inf. Sin.								
22	Asportazione di granuloma periferico a cellule giganti (compresa chirurgia resettiva dell'osso alveolare)																		
	RADIOLOGIA																		
23	Radiografia endorale (periapicale, occlusale, bitewing), per lastrina																		
24	Ortopantomografia di una od entrambe le arcate dentarie (OPT)																		
25	Fotografia o immagine video endorale (in alternativa ad OPT o Rx endorale)																		
26	Rx telecranio antero-posteriore o laterale del cranio e delle ossa facciali																		
	PARADONTOLOGIA		QUADRANTE 1								QUADRANTE 2								
			QUADRANTE 4								QUADRANTE 3								
27	Scaling e root planing, per emiarcata		Emiarcata Sup. Dx								Emiarcata Sup. Sin.								
			Emiarcata Inf. Dx								Emiarcata Inf. Sin.								

INDICAZIONI PER L'ODONTOIATRA

Per ogni codice prestazione "COD" oggetto di cure è necessario crocettare l'arcata, l'emiarcata o i singoli denti interessati e indicare, nelle apposite caselle, la quantità e l'importo in euro.

Cod	Descrizione delle Prestazioni	Q.tà																	Importo in Euro
	PARADONTOLOGIA		QUADRANTE 1								QUADRANTE 2								
			QUADRANTE 4								QUADRANTE 3								
28	Lembo gengivale semplice (scaling e root planing a cielo aperto) compreso qualsiasi tipo di lembo e relativa sutura, per emiarcata		Emiarcata Sup. Dx								Emiarcata Sup. Sin.								
			Emiarcata Inf. Dx								Emiarcata Inf. Sin.								
29	Lembo muco gengivale con riposizionamento apicale - courettage a cielo aperto, per emiarcata		Emiarcata Sup. Dx								Emiarcata Sup. Sin.								
			Emiarcata Inf. Dx								Emiarcata Inf. Sin.								
30	Gengivectomia, per dente (max 5 denti, oltre considerata emiarcata)		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
31	Gengivectomia, per emiarcata		Emiarcata Sup. Dx								Emiarcata Sup. Sin.								
			Emiarcata Inf. Dx								Emiarcata Inf. Sin.								
32	Legature dentali extracoronali - splintaggio, per emiarcata		Emiarcata Sup. Dx								Emiarcata Sup. Sin.								
			Emiarcata Inf. Dx								Emiarcata Inf. Sin.								
33	Rizectomia - per elemento dentario indipendentemente dal numero di radici estratte (incluso lembo osseo)		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
34	Intervento di chirurgia ossea (resetiva o allungamento di corona clinica o rigenerativa) per emiarcata (trattamento completo, incluso qualsiasi tipo di lembo e sutura)		Emiarcata Sup. Dx								Emiarcata Sup. Sin.								
			Emiarcata Inf. Dx								Emiarcata Inf. Sin.								
35	Utilizzo di materiali biocompatibili, per emiarcata (trattamento completo, incluso qualsiasi tipo di lembo e sutura)		Emiarcata Sup. Dx								Emiarcata Sup. Sin.								
			Emiarcata Inf. Dx								Emiarcata Inf. Sin.								
	ENDODONZIA		QUADRANTE 1								QUADRANTE 2								
			QUADRANTE 4								QUADRANTE 3								
36	Terapia endodontica radicolare monocalare, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
37	Terapia endodontica radicolare bicanalare per elemento, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
38	Terapia endodontica radicolare tricanalare o più di 3 canali radicolare, compresa rx endorale ed otturazione della cavità di accesso e ricostruzione coronale pre-endodontica		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
39	Ritratamento endodontico (per elemento) comprensivo dell'otturazione della cavità di accesso, ricostruzione coronale pre-endodontica e radiografie intraorali		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
40	Amputazione coronale della polpa (pulpotomia) parziale o totale e otturazione della camera pulpare, qualsiasi numero di canali		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	

INDICAZIONI PER L'ODONTOIATRA

Per ogni codice prestazione "COD" oggetto di cure è necessario crocettare l'arcata, l'emiarcata o i singoli denti interessati e indicare, nelle apposite caselle, la quantità e l'importo in euro.

Cod	Descrizione delle Prestazioni	Q.tà																	Importo in Euro
	PROTESI		QUADRANTE 1 QUADRANTE 4								QUADRANTE 2 QUADRANTE 3								
41	Protesi totale definitiva in resina o ceramica, per arcata		Arcata Superiore								Arcata Inferiore								
43	Protesi parziale definitiva in resina o ceramica compresi ganci ed elementi dentari, per emiarcata		Emiarcata Sup. Dx								Emiarcata Sup. Sin.								
			Emiarcata Inf. Dx								Emiarcata Inf. Sin.								
44	Struttura parziale rimovibile provvisoria di qualsiasi tipo completa di ganci ed elementi dentari, per elemento		Emiarcata Sup. Dx								Emiarcata Sup. Sin.								
			Emiarcata Inf. Dx								Emiarcata Inf. Sin.								
45	Scheletrato in lega di qualsiasi tipo completa di elementi dentari, per arcata		Arcata Superiore								Arcata Inferiore								
46	Gancio su scheletrato		Arcata Superiore								Arcata Inferiore								
47	Attacco di precisione in qualsiasi tipo di lega o controfresaggi in lega preziosa o coppette radicolari, per elemento		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
48	Riparazione protesi																		
49	Aggiunta di elemento su protesi parziale o elemento su scheletrato		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
50	Ribasamento definitiva protesi totale (tecnica diretta o indiretta), per arcata		Arcata Superiore								Arcata Inferiore								
51	Rimozione di corone o perni endocanalari (per singolo elemento/pilastro o per singolo perno). Non applicabile agli elementi intermedi di ponte		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
52	Ricostruzione moncone protesico, per elemento (qualsiasi materiale)		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
53	Intarsi in qualsiasi materiale (anche prezioso) inlay-onlay-overlay per elemento (compreso provvisorio)		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
54	Corona protesica provvisoria semplice in resina o armata		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
55	Elemento in resina provvisorio rinforzato (qualsiasi tipo di provvisorio rinforzato), per elemento		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
56	Corona protesica in L.N.P. e ceramica o L.P. e faccetta in resina anche fresata o metallo composito, per elemento		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
57	Corona in L.P. e ceramica o metal free o AGC e porcellana, per elemento		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
58	Elemento a giacca in resina - per elemento definitivo		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
59	Perno moncone con perno in L.P. o L.N.P. o ceramico o in fibra di carbonio, per elemento		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
60	Riparazione di faccette in resina o ceramica (e similari)		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
	GNATOLOGIA																		
61	Molaggio selettivo parziale o totale (max. 1 seduta)																		

INDICAZIONI PER L'ODONTOIATRA

Per ogni codice prestazione "COD" oggetto di cure è necessario crocettare l'arcata, l'emiarcata o i singoli denti interessati e indicare, nelle apposite caselle, la quantità e l'importo in euro.

Cod	Descrizione delle Prestazioni	Q.tà																	Importo in Euro
	ORTOGNATODONZIA		QUADRANTE 1								QUADRANTE 2								
			QUADRANTE 4								QUADRANTE 3								
63	Visita ortodontica comprensiva di rilievo per impronte per modelli di studio																		
64	Terapia ortodontica con apparecchiature fisse per arcata per anno, compreso esame cefalometrico. Non si somma alla terapia ortodontica con apparecchiature rimovibili.		Arcata Superiore								Arcata Inferiore								
65	Terapia ortodontica con apparecchiature mobili o funzionali per arcata per anno, compreso esame cefalometrico. Non si somma alla terapia ortodontica con apparecchiature fisse.		Arcata Superiore								Arcata Inferiore								
66	Terapia ortodontica di mantenimento per contenzione fissa o mobile indipendentemente dal numero di arcate (max. 1 volta all'anno)																		
	IMPLANTOLOGIA		QUADRANTE 1								QUADRANTE 2								
			QUADRANTE 4								QUADRANTE 3								
67	Impianto osteointegrato (incluso pilastro prefabbricato)		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
68	Intervento per aumento verticale e/o orizzontale del processo alveolare residuo con innesto di osso autologo nel seno mascellare (prelievo intraorale) e/o inserimento di qualsiasi tipo di materiale biocompatibile, o intervento per ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta mandibolare o mascellare con innesto di osso autologo e/o inserimento di qualsiasi tipo di materiale biocompatibile o apertura del seno mascellare per complicanze post estrattive, per presenza di corpo estraneo, ecc - per emiarcata																		
			Emiarcata Sup. Dx								Emiarcata Sup. Sin.								
			Emiarcata Inf. Dx								Emiarcata Inf. Sin.								
	COSMESI DENTALE		QUADRANTE 1								QUADRANTE 2								
			QUADRANTE 4								QUADRANTE 3								
69	Trattamento sbiancante esterno, per ogni dente (max. 7 denti, oltre considerata arcata)		1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
			1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3	4	5	6	7	8	
70	Trattamento sbiancante esterno, per arcata		Arcata Superiore								Arcata Inferiore								
71	Trattamento sbiancante interno, per arcata (at home bleaching)		Arcata Superiore								Arcata Inferiore								
72	Trattamento sbiancante interno, per arcata (in office bleaching, con o senza attivazione)		Arcata Superiore								Arcata Inferiore								

La presenza, su questo Modulo e sul Nomenclatore Tariffario Odontoiatrico, dei codici elencati non indica né significa automatica o implicita indennizzabilità degli stessi da parte della copertura assicurativa del paziente. Alcuni dei suddetti codici possono essere soggetti a particolari condizioni e/o all'esecuzione di prestazioni pre cure e/o post cure.

Città e data

Firma e timbro dell'Odontoiatra
o dello Studio associato

Firma dell'Assicurato
(o di chi ne esercita la potestà)

Groupama Assicurazioni S.p.A.

Sede legale e Direzione Generale: Viale Cesare Pavese, 385 - 00144 Roma
Tel. +39 06 3018.1 - Fax +39 06 80210.831 - pec: groupama@legalmail.it - www.groupama.it

Cap. Soc. euro 492.827.404 interamente versato - Partita Iva 00885741009 - Codice fiscale e numero di iscrizione nel Registro delle Imprese di Roma 00411140585 - Impresa iscritta nell'Albo delle Imprese di assicurazione e riassicurazione italiane al n. 1.00023 e codice IVASS A095S - Società diretta e coordinata da Groupama Holding Filiales et Participations S.A. - Unico Socio - Sede legale: 75008 Parigi 8-10 Rue d'Astorg



Groupama
Assicurazioni