

POLIZZA BNL SORRISO PROTETTO

Modello DNFBNL0217 - edizione: febbraio 2017

Il presente Fascicolo Informativo contenente:

- Nota informativa
- Glossario
- Condizioni di Assicurazione

deve essere consegnato al Cliente prima della sottoscrizione della Polizza

Prima della sottoscrizione leggere attentamente la Nota Informativa

FASCICOLO INFORMATIVO



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

Indice

Nota Informativa e Glossario

Nota Informativa	1 di 6
A. Informazioni sull'impresa di assicurazione	1 di 6
B. Informazioni sul contratto	1 di 6
C. Informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami	3 di 6
Glossario	5 di 6
Termini utilizzati all'interno del Fascicolo Informativo	

Condizioni di Assicurazione

Polizza in sintesi	1 di 12
Norme che regolano l'assicurazione in generale	2 di 12
Oggetto dell'Assicurazione	2 di 12
Persone assicurabili e ammissione alla copertura assicurativa	2 di 12
Limiti di età	2 di 12
Effetto dell'Assicurazione	2 di 12
Periodi di carenza contrattuale	3 di 12
Durata dell'Assicurazione / Tacita proroga dell'Assicurazione	3 di 12
Diritto di recesso	3 di 12
Condizioni e prestazioni relative alle coperture assicurative	3 di 12
Servizi Gratuiti	5 di 12
Esclusioni	6 di 12
Premio dell'Assicurazione	6 di 12
Variazione del Premio e delle Condizioni di Assicurazione	7 di 12
Variazione delle Persone Assicurate	7 di 12
Modifiche delle Condizioni di Assicurazione	7 di 12
Altre Assicurazioni	7 di 12
Oneri Fiscali	7 di 12
Foro competente	7 di 12
Rinvio alle norme di legge	8 di 12
Termini di prescrizione	8 di 12
Estensione territoriale	8 di 12
Reclami	8 di 12
Comunicazioni	8 di 12
Tutela dati - Informativa ai sensi dell'art. 13 d. lgs. 30 giugno 2003 n. 196	9 di 12
Gestione del sinistro	10 di 12
Denuncia del sinistro	10 di 12
Gestione documentazione di spesa	11 di 12
Controversie e Arbitrato irrituale	11 di 12
Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento di Polizza BNL Sorriso Protetto	12 di 12
Esempio 1	12 di 12
Esempio 2	12 di 12

Nota Informativa

La presente Nota Informativa è redatta secondo lo schema predisposto dall'ISVAP, ora IVASS, ma il suo contenuto non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS medesimo. Il Cliente deve prendere visione delle Condizioni di assicurazione prima della sottoscrizione della polizza.

A - Informazioni sull'impresa di assicurazione

1. Informazioni Generali

Cardif Assurances Risques Divers, che ha la sede sociale in Boulevard Haussmann, 1, Parigi (Francia). La Rappresentanza Generale per l'Italia, soggetta a Direzione e Coordinamento da parte di BNP Paribas Cardif, opera in Italia in regime di stabilimento ed è sottoposta alla vigilanza dell'Autorità francese ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution).

- Sede legale: Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano
- P. IVA, CF e Registro Imprese di Milano: 08916510153
- REA: 1254536
- Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione: I.00011
- PEC: cardifrd@pec.cardif.it
- Email: servizioclienti@cardif.com
- Telefono: 02.77.224.1
- Sito web: www.bnpparibascardif.it

2. Informazioni sulla situazione patrimoniale dell'impresa

Cardif Assurances Risques Divers ha un Patrimonio Netto pari a 308,949 Milioni di Euro di cui 16,876 Milioni di Euro è il Capitale Sociale e 292,073 Milioni di Euro è il totale delle Riserve Patrimoniali.

Avvertenza: i dati patrimoniali di cui sopra sono quelli risultanti alla data dell'ultimo bilancio approvato

B - Informazioni sul contratto

Si precisa che il contratto è stipulato con clausola di tacita proroga.

Avvertenza: In mancanza di disdetta, l'Assicurazione si intende tacitamente rinnovata per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno. L'eventuale disdetta della polizza deve essere comunicata all'altra parte a mezzo raccomandata, almeno trenta giorni prima della scadenza del contratto.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 6 delle Condizioni di assicurazione.

1. Coperture assicurative - Limitazioni ed esclusioni

Le coperture offerte dal contratto, con le modalità ed esclusioni specificate nelle Condizioni di assicurazione, sono le seguenti:

A) PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE PARTICOLARI: Cardif, per mezzo della Società, provvede al pagamento di una visita odontoiatrica e una seduta di igiene orale effettuate per monitorare e prevenire l'insorgenza di stati patologici ancorché non conclamati.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 8.1 e all'Art. 10 delle Condizioni di assicurazione.

B) ALTRE PRESTAZIONI ODONTOIATRICHE (ODONTOIATRIA/ORTODONZIA): Cardif, per mezzo della Società, indennizza le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche, quali, cure dentarie, terapie conservative e protesi. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 8.2 e all'Art. 10 delle Condizioni di assicurazione.

C) CURE DENTARIE DA INFORTUNIO: Cardif, per mezzo della Società, indennizza le spese sostenute per cure dentarie conseguenti ad infortunio, in presenza di certificato di pronto soccorso.

Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 8.3 e all'Art. 10 delle Condizioni di assicurazione.

Avvertenza: le suddette coperture sono prestate in favore di soggetti assicurabili sino a determinati limiti di età. Si rinvia agli articoli delle Condizioni di assicurazione per gli aspetti di dettaglio.

Avvertenza: è importante che il Cliente e l'Assicurato leggano con estrema attenzione e comprendano:

- le condizioni che devono sussistere al momento della sottoscrizione e che devono permanere durante l'assicurazione all'artt. 2.2 e 2.3. delle Condizioni di Assicurazione;
- le conseguenze per l'eventuale venir meno delle condizioni di cui sopra, artt. 6 (sulla cessazione delle garanzie) e 7.2 (sul recesso di Cardif) delle Condizioni di Assicurazione.

Per facilitarne la comprensione da parte del Cliente/Assicurato, di seguito s'illustra il meccanismo di funzionamento del massimale mediante esemplificazione numerica:

Meccanismo di funzionamento del massimale:

Massimale € 2.500,00

Richiesta di rimborso € 3.000,00

Indennizzo € 2.500,00.

2. Servizi gratuiti

Cardif, per mezzo della Società, garantisce all'Assicurato, durante tutto il periodo di validità della copertura assicurativa, l'applicazione,

CARDIF ASSURANCES RISQUES DIVERS

Rappresentanza generale per l'Italia: Piazza Lina Bo Bardi 3 - 20124 Milano - Tel. +39 02 77 22 41 - Fax +39 02 76 00 81 49 - PEC cardifrd@pec.cardif.it - www.bnpparibascardif.it

Société Anonyme - Capitale Sociale € 16.875.840 i.v. - Sede sociale: 1, boulevard Haussman - 75009 Parigi - Francia - Registro commercio Parigi B 308 896 547

Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 27.02.1989 - PI, C.F. e numero iscrizione del Registro delle Imprese di Milano 08916500153 - R.E.A. n°1254536

Pagina 1 di 6



CARDIF
GRUPPO BNP PARIBAS

bnpparibascardif.it

da parte delle Strutture convenzionate, di tariffe agevolate per i trattamenti forniti ma non compresi nell'Assicurazione; mette, inoltre, gratuitamente a disposizione dell'Assicurato un servizio di consulenza telefonica.

Tali servizi comprendono:

- A) **PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE PER CURE ODONTOIATRICHE:** La Società consente all'Assicurato di ottenere tariffe agevolate per cure odontoiatriche, terapie conservative e prestazioni diagnostiche odontoiatriche diverse da protesi e ortodonzia nelle Strutture convenzionate, qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario, o per esaurimento massimale. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 9.1 delle Condizioni di assicurazione.
- B) **PRESTAZIONI A TARIFFE AGEVOLATE PER CURE DI ORTODONZIA:** La Società consente all'Assicurato di ottenere tariffe agevolate per cure di ortodonzia nelle Strutture convenzionate, qualora una prestazione non sia in copertura perché non prevista dal piano sanitario, o per esaurimento massimale. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 9.2 delle Condizioni di assicurazione.
- C) **SERVIZI DI CONSULENZA:** La Centrale Operativa fornisce servizi di consulenza telefonica quali:
- Informazioni sanitarie
 - Prenotazione di prestazioni sanitarie
- Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 9.3 delle Condizioni di assicurazione.

3. Periodi di carenza contrattuale

Avvertenza: Sono previsti periodi di carenza. Per gli aspetti di dettaglio riguardante il periodo di non efficacia delle coperture assicurative, si rimanda alle Condizioni di assicurazione all'Art. 5 Periodi di carenza contrattuale.

4. **Dichiarazioni dell'Assicurato in ordine alle circostanze del rischio - Questionario sanitario**
Non è prevista la compilazione del questionario sanitario.
5. **Aggravamento e diminuzione del rischio e variazione nella professione**
L'ipotesi non è prevista nelle condizioni di polizza.
6. **Premi**
Il versamento del premio verrà effettuato tramite addebito sul c/c. Il premio è annuale con possibilità di frazionamento mensile senza alcun onere di rateizzazione. Per gli aspetti di dettaglio si rinvia all'Art. 11 delle Condizioni di assicurazione. Sono applicati sconti in caso di più soggetti assicurati appartenenti al medesimo

nucleo familiare, come segue:

Sconto sul premio totale del 30% per nucleo da 2 componenti (Cliente + Assicurato)
Sconto sul premio totale del 40% per nucleo da 3 componenti (Cliente + 2 Assicurati)
Sconto sul premio totale del 45% per nucleo da 4 componenti (Cliente + 3 Assicurati)
Sconto sul premio totale del 48% per nucleo da 5 componenti (Cliente + 4 Assicurati)
Sconto sul premio totale del 50% per nucleo da 6 componenti (Cliente + 5 Assicurati).

7. **Adeguamento del premio e somme assicurate**
Cardif, si riserva il diritto di variare le Condizioni di Assicurazione e/o di incrementare l'importo del Premio dell'assicurazione per giustificato motivo e, segnatamente, qualora venga accertato l'andamento tecnico negativo del prodotto assicurativo in esito alla valutazione dei dati statistici di riferimento. Le variazioni di Premio potranno essere applicate solo in relazione agli Anni Assicurativi successivi al primo. Per gli aspetti di dettaglio si rimanda alle Condizioni di assicurazione all'Art. 12 Variazione del Premio e delle Condizioni di Assicurazione.

8. Diritto di recesso

8.1 Recesso del cliente

Avvertenza: Il Cliente ha la facoltà di recedere entro 30 giorni dalla data di decorrenza del contratto.

8.2 Recesso di Cardif

Cardif può recedere dal contratto se, dopo l'accesso in copertura il Cliente o l'Assicurato entrano a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov). Per i dettagli e le limitazioni relative all'esercizio del diritto di recesso si rinvia alle Condizioni di assicurazione all'Art. 7 DIRITTO DI RECESSO.

9. **Prescrizione e decadenza dei diritti derivanti dal contratto**
I diritti derivanti dal contratto si prescrivono in due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda. (art. 2952, comma 2, del codice civile).
10. **Legge applicabile al contratto**
La legislazione applicata al contratto è quella italiana.
11. **Regime fiscale**
Gli oneri fiscali e parafiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Cliente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo

la stipulazione della polizza.

Il contratto è soggetto all'imposta sulle assicurazioni secondo l'aliquota attualmente in vigore pari al 2,5%.

C - informazioni sulle procedure liquidative e sui reclami

12. Sinistri - Liquidazione dell'indennizzo

Cardif Assurances Risques Divers ha delegato la gestione dei sinistri relativi al presente contratto di assicurazione con mandato specifico conferito ad **UniSalute S.p.A.**

UniSalute S.p.A. (di seguito Società) è l'impresa specializzata nelle assicurazioni sanitarie con Sede Legale e Direzione Generale in Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia), di cui Cardif Assurances Risques Divers si avvale, in virtù di specifico mandato, per la valutazione, gestione e liquidazione dei sinistri, nonché per le attività accessorie ed i servizi relativi, comunque prestati attraverso la propria Centrale Operativa (a titolo indicativo e non esaustivo: assistenza burocratica, informazioni, prenotazione, presa in carico, autorizzazioni al medico e/o struttura convenzionata, invio/ricezione comunicazioni relative ai sinistri e alle coperture, pagamento delle prestazioni). Nello svolgimento del suo mandato, la Società utilizzerà il call center, i sistemi informatici e le strutture proprie, operando per conto di Cardif. Il sito internet della Società è www.unisalute.it.

Denuncia del sinistro

Sinistri in Strutture Convenzionate ed effettuate da medici convenzionati con la Società

In caso di sinistro, l'Assicurato deve preventivamente contattare la Centrale Operativa per prenotare la prestazione presso una struttura sanitaria convenzionata.

Per i dettagli si rinvia all'Art. 24.1 SINISTRI IN STRUTTURE CONVENZIONATE CON LA SOCIETÀ delle Condizioni di assicurazione.

L'Assicurato può effettuare la prenotazione attraverso la funzione on-line disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti accessibile dal sito www.bnpparibascardif.it o dal sito della Società www.unisalute.it, o in alternativa, contattare la Centrale Operativa al numero verde indicato nelle Condizioni di assicurazione. All'atto della prestazione l'Assicurato dovrà presentare alla struttura convenzionata i documenti attestanti la propria identità, oltre alla prescrizione medica, qualora richiesta.

Le prestazioni autorizzate, saranno liquidate dalla Società per conto di Cardif direttamente alla struttura convenzionata, nei limiti dei

massimali previsti nelle singole garanzie.

Avvertenza: all'interno dell'Area Servizi Clienti accessibile dal sito www.bnpparibascardif.it o dal sito della Società www.unisalute.it l'Assicurato potrà consultare e conoscere con precisione le strutture ed i medici convenzionati dedicati al suo specifico Piano sanitario.

Per le modalità e termini riferiti all'attivazione del servizio di denuncia del sinistro, si rimanda all'Art. 24 DENUNCIA DEL SINISTRO.

Qualora siano erogati servizi non previsti dal Piano sanitario e/o non autorizzati da Cardif, l'Assicurato provvederà al pagamento degli stessi direttamente alla Struttura Convenzionata.

In occasione del primo sinistro nella struttura sanitaria convenzionata, il dentista provvederà all'effettuazione della prima visita e redigerà la "scheda anamnestica" relativa all'apparato masticatorio dell'Assicurato.

Sinistri presso il Servizio Sanitario Nazionale

Le prestazioni previste dal Piano sanitario eseguite presso il Servizio Sanitario Nazionale, sono rimborsate secondo i limiti contrattuali indicati nelle Condizioni di assicurazione.

Per richiedere il rimborso di quanto speso, l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta di rimborso disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti del sito o utilizzare il modulo cartaceo.

Per i dettagli si rinvia alle Condizioni di assicurazione.

Se non può accedere a internet, l'Assicurato può richiedere telefonicamente il modulo cartaceo a Cardif ai recapiti di cui all'Art 22. Il modulo di rimborso, debitamente compilato e firmato, dovrà essere inviato via posta, unitamente alle copie della documentazione sanitaria e di spesa indicata nelle Condizioni di assicurazione, all'indirizzo: **UniSalute S.p.A. Rimborso Clienti c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna (BO).**

13. Reclami

Reclami a Cardif

Il reclamo che riguarda il comportamento della Compagnia o la violazione da parte della stessa Compagnia di norme cui è soggetta (per es. reclami sul contenuto della copertura assicurativa o sulla gestione dei sinistri) deve essere inviato a mezzo email, posta o fax all'Ufficio Reclami di Cardif Assurances Risques Divers:

Cardif - Ufficio Reclami

Piazza Lina Bo Bardi, 3

20124 Milano

e-mail: reclami@cardif.com



fax 02.77.224.265

La Compagnia si impegna a rispondere entro 45 giorni da quando ha ricevuto il reclamo. Se non lo facesse o se la risposta non fosse soddisfacente, è possibile rivolgersi all'IVASS con le modalità sotto riportate per i reclami presentati direttamente all'Istituto, allegando sia il reclamo sia l'eventuale risposta della Compagnia.

Reclami all'intermediario assicurativo

Il reclamo che riguarda il comportamento dell'intermediario assicurativo o la violazione da parte dello stesso intermediario di norme cui è soggetto (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), deve essere inviato per iscritto a quest'ultimo con le modalità indicate nell'allegato 7B, documento che viene consegnato a cura del medesimo intermediario assicurativo.

L'intermediario si impegna a rispondere entro 45 giorni da quando ha ricevuto il reclamo. Se non lo facesse o se la risposta non fosse soddisfacente, è possibile rivolgersi all'IVASS con le modalità sotto riportate per i reclami presentati direttamente all'Istituto, allegando sia il reclamo sia l'eventuale risposta dell'intermediario.

Reclami all'IVASS

Il reclamo che riguarda l'accertamento del rispetto della normativa di settore deve essere inviato, a mezzo PEC, posta o fax, all'IVASS:

IVASS - Servizio tutela del consumatore**Via del Quirinale 21****00187 Roma****ivass@pec.ivass.it****fax 06.42133206**

Per la stesura del reclamo presentato all'IVASS è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito www.ivass.it e sul sito della Compagnia www.bnpparibascardif.it, nella sezione dedicata ai reclami.

Il reclamo deve indicare con chiarezza:

- il nome, cognome e indirizzo dell'Assicurato
- la Compagnia, l'intermediario o i soggetti nei confronti dei quali si presenta il reclamo
- i motivi del reclamo e la documentazione a supporto.

È possibile, in ogni caso, chiedere una mediazione (come da procedura disciplinata dal Decreto Legislativo n° 28 del 4 marzo 2010) e adire l'Autorità Giudiziaria.

Se il reclamo è nei confronti di una compagnia assicurativa che ha sede in un altro Paese Ue e il reclamante risiede in Italia, è possibile presentare il reclamo a:

- l'autorità di vigilanza o al sistema

competente dello stato membro in cui ha sede legale la compagnia che ha stipulato il contratto (reperibile su: www.ec.europa.eu/fin-net)

- l'IVASS, che lo inoltrerà all'Autorità estera informando l'Assicurato per conoscenza.

L'autorità di vigilanza del Paese di Cardiff Assurances Risques Divers è ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) a cui è possibile inviare il reclamo seguendo le indicazioni del sito:

<http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-la-clientele/comment-contacter-lacp.html>

14. Mediazione per la conciliazione delle controversie

Ai sensi del Decreto Legislativo n. 28 del 4 marzo 2010 in materia di "mediazione finalizzata alla conciliazione delle controversie civili e commerciali", il tentativo di mediazione è obbligatorio e deve pertanto essere attivato prima dell'instaurazione della causa civile come condizione di procedibilità della stessa. La domanda di mediazione deve essere presentata mediante deposito di un'istanza presso un Organismo di Mediazione situato nel luogo del Giudice territorialmente competente per la controversia e iscritto nell'apposito registro presso il Ministero della Giustizia.

In tal caso, il Cliente dovrà far pervenire la richiesta di mediazione (con l'indicazione dell'Organismo, delle Parti, dell'oggetto e delle ragioni della pretesa), depositata presso uno di tali Organismi, alla sede legale di Cardiff - Customer Care - Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano, fax n. 02 77224261.

Per le controversie relative al presente contratto, è competente l'Autorità Giudiziaria del luogo di residenza o domicilio del Cliente, del Beneficiario o degli aventi diritto.

Avvertenza: resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.**15. Arbitrato irrituale**

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un Collegio Arbitrale composto da tre medici.

I membri del Collegio Arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il Collegio. Il Collegio Arbitrale risiede e si riunirà nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle Parti sostiene le proprie spese e remunera il medico da essa designato,



contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo medico ed è esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del Collegio Arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le Parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle Parti.

Avvertenza: resta comunque fermo il diritto delle Parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria. Per tutto quanto non diversamente regolato, valgono le norme di legge.

Si rinvia alla sezione "GLOSSARIO" per gli aspetti riguardanti la terminologia usata.

Cardif Assurances Risques Divers è responsabile della veridicità e della completezza dei dati e delle notizie contenuti nella presente Nota Informativa.

Cardif Assurances Risques Divers
Il Rappresentante Generale per l'Italia

Isabella Fumagalli



Glossario

Termini utilizzati all'interno del Fascicolo Informativo

Accertamento diagnostico

Prestazione medica strumentale atta a ricercare e/o a definire la presenza e/o il decorso di una malattia a carattere anche cruento e/o invasivo.

Anno Assicurativo

Periodo continuativo di 12 mesi in cui l'assicurazione è efficace, il primo dei quali inizia alle ore 24 della Data di Decorrenza.

Assicurato

Il soggetto nel cui interesse viene stipulata l'assicurazione.

Assicurazione

Il contratto di assicurazione sottoscritto dal Cliente.

Cardif

- Sede legale: Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano
- Capitale sociale: 16.875.840,00 Milioni di euro

- P. IVA, CF e iscrizione al Reg. Imprese di Milano: 08916510153
- REA: 1254536
- PEC: cardifrd@pec.cardif.it
- Elenco I annesso all'Albo delle imprese di assicurazione e riassicurazione: I.00011
- Autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con D.M. del 27.02.1989

Centrale Operativa

È la struttura di UniSalute S.p.A. costituita da operatori, medici, paramedici e tecnici che, con costi a carico della Società, è deputata alla gestione delle informazioni relative ai trattamenti ed alle prestazioni previste dall'Assicurazione, al collegamento con le Strutture sanitarie convenzionate ed al supporto dell'Assicurato.

La Centrale Operativa con linea telefonica "verde" provvede tra le altre cose a:

- organizzare e prenotare, su richiesta dell'Assicurato, l'accesso diretto alle Strutture Sanitarie Convenzionate;
- fornire informazioni sulle garanzie assicurative, sui convenzionamenti delle Strutture Sanitarie Convenzionate, sulla loro ubicazione e sui servizi sanitari da esse erogate.

Cliente

Il correntista BNL che stipula la polizza.

Data di Decorrenza

La data indicata sul Modulo di Polizza al momento dell'emissione.

Data di Effetto

La data dalla quale le coperture sono efficaci.

Difetto fisico

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose o traumatiche acquisite.

Documentazione sanitaria/di spesa

Cartella clinica e/o tutta la certificazione medica, costituita da diagnosi, pareri e prescrizioni dei sanitari, da radiografie, da esami strumentali e diagnostici e della documentazione di spesa.

Fascicolo Informativo

L'insieme della documentazione informativa da consegnare al potenziale cliente, composto da: Nota Informativa comprensiva del Glossario, Condizioni di assicurazione comprensive dell'Informativa Privacy.

Indennizzo

La somma dovuta da Cardif in caso di sinistro.

Infortunio

L'evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna

che provochi lesioni corporali obiettivamente constatabili.

IVASS

Istituto per la vigilanza sulle Assicurazioni.

Lettera di Impegno

Documento con cui l'Assicurato si impegna a far fronte agli oneri che rimarranno a proprio carico e a dare la liberatoria per la privacy.

Malattia

Qualunque alterazione clinicamente diagnosticabile dello stato di salute, che non sia malformazione o difetto fisico, e non sia dipendente da infortunio.

Malformazione

Deviazione dal normale assetto morfologico di un organismo o di parti di suoi organi per condizioni morbose congenite.

Massimale

L'importo stabilito negli specifici articoli di polizza che rappresenta la spesa massima che la Società si impegna a prestare nei confronti dell'Assicurato per le relative garanzie e/o prestazioni previste.

Modulo di Polizza

Documento predisposto da Cardif da sottoscrivere a cura del Cliente ai fini del perfezionamento dell'Assicurazione.

Nucleo familiare

I figli del Cliente nonché il coniuge convivente con quest'ultimo oppure il suo convivente more-uxorio.

Periodi di carenza contrattuale

Periodo di tempo immediatamente successivo alla Data di Decorrenza durante il quale l'efficacia delle coperture assicurative è sospesa. Qualora l'evento assicurativo avvenga in tale periodo Cardif non garantisce la prestazione assicurata.

Piano terapeutico

Documento sottoscritto dall'Assicurato contenente l'insieme delle prestazioni che il dentista convenzionato e lo stesso concordano di effettuare. Tale documento deve essere comunicato alla Società attraverso l'Area Servizi Clienti per rendere possibile la successiva "presa in carico". Eventuali successive variazioni al piano terapeutico concordato dovranno essere sottoposte ad una nuova presa in carico.

Piano sanitario

L'insieme delle prestazioni sanitarie oggetto di garanzia.

Polizza

Il documento che prova l'assicurazione.

Premio

La somma dovuta dal Cliente a Cardif.

Presa in carico

Comunicazione della Società alla Struttura sanitaria convenzionata, in ordine alle prestazioni contenute nel piano terapeutico che la Società per conto di Cardif si impegna a pagare, in toto o in parte, direttamente alla Struttura stessa. La liquidazione degli oneri relativi alle prestazioni indicate nella Presa in carico è subordinata al rispetto di quanto in quest'ultima riportato (condizioni, avvertenze, limiti, etc.) ed ad eventuali ulteriori indicazioni risultanti dal presente contratto.

Rischio

La probabilità del verificarsi del sinistro.

Scheda anamnestica (definizione relativa a prestazioni odontoiatriche/ortodontiche).

Documento redatto dal dentista, in collaborazione con l'Assicurato, che descrive lo stato dell'apparato masticatorio dell'Assicurato, con particolare riferimento alle patologie che possono influire sulla sua salute.

Sinistro

Il verificarsi della prestazione di carattere sanitario per la quale è prestata l'assicurazione, che comporta un'attività gestionale effettuata dalla Società per conto di Cardif.

Società

UniSalute S.p.A. (di seguito Società) è l'impresa specializzata nelle assicurazioni sanitarie, con Sede Legale e Direzione Generale in Via Larga, 8 - 40138 - Bologna (Italia), di cui Cardif Assurances Risques Divers si avvale, in virtù di specifico mandato, per la valutazione, gestione e liquidazione dei sinistri, nonché per le attività accessorie ed i servizi relativi, comunque prestati attraverso la propria Centrale Operativa (a titolo indicativo e non esaustivo: assistenza burocratica, informazioni, prenotazione, presa in carico, autorizzazioni al medico e/o struttura convenzionata, invio/ricezione comunicazioni relative ai sinistri e alle coperture, pagamento delle prestazioni). Nello svolgimento del suo mandato, la Società utilizzerà il call center, i sistemi informatici e le strutture proprie, operando per conto della Compagnia. Il sito internet della Società è www.unisalute.it.

Struttura Convenzionata

Struttura riportata nell'elenco disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti accessibile dal sito www.bnpparibascardif.it, o dal sito della Società www.unisalute.it, presso la quale, previa prenotazione effettuata attraverso la Centrale operativa della Società, è possibile accedere alle prestazioni sanitarie previste dal Piano sanitario con pagamento diretto da parte della Società per conto di Cardif.



Condizioni di Assicurazione

La polizza in sintesi / La polizza a colpo d'occhio

BNL Sorriso Protetto è la soluzione assicurativa che offre una protezione completa della salute dei denti per te e per tutta la tua famiglia, con prestazioni dedicate agli adulti e altre specifiche per i più piccoli. Potrai usufruire dei trattamenti odontoiatrici più ricorrenti e di prevenzione delle malattie dentarie, presso i centri odontoiatrici convenzionati "In Network" senza alcun esborso di denaro. In alternativa, potrai scegliere di recarti presso il SSN, ottenendo il rimborso del ticket.

Grazie alle tariffe agevolate offerte dal Network, potrai risparmiare sui costi dei trattamenti non compresi nella polizza.

Che cos'è

Le garanzie e i servizi offerti:

- **Prestazioni odontoiatriche particolari**

Per gli adulti, il piano sanitario copre 1 visita e 1 pulizia dei denti, fondamentale per il mantenimento della salute delle gengive. Per i ragazzi con età inferiore a 18 anni è invece prevista 1 visita e 1 seduta di fluorazione, utile a rafforzare lo smalto dei denti.

- **Altre prestazioni odontoiatriche (odontoiatria/ortodonzia)**

Incluse nella polizza anche le principali cure odontoiatriche come le devitalizzazioni, le otturazioni, le estrazioni e il molaggio selettivo (per ristabilire una corretta occlusione dei denti).

- **Cure dentarie da infortunio**

Fino a 2.500 € annui per ogni cura dentaria necessaria in conseguenza di un infortunio.

- **Servizi gratuiti**

Nel caso in cui si debbano effettuare degli interventi odontoiatrici/ortodontici non coperti dalla polizza, il Cliente potrà usufruire di una tariffa agevolata offerta dal Network. Telefonando alla Centrale Operativa si potranno richiedere informazioni sanitarie e prenotare le prestazioni sanitarie.

Cosa copre

Come richiedere le prestazioni:

Sarà sempre necessario prenotare preventivamente le prestazioni, utilizzando due modalità a scelta:

- On-line, tramite la funzione "Prenotazione visite / esami" sui siti www.bnpparibascardif.it o www.unisalute.it
- Telefonicamente, contattando la Centrale Operativa al numero verde 800 009 630.

Leggi attentamente la Nota Informativa e le Condizioni di Assicurazione

Questa pagina di sintesi ti illustra la polizza e le garanzie in modo immediato e nei tratti essenziali, ma non ha valore contrattuale e, pertanto, non sostituisce né integra i termini e le condizioni a cui l'assicurazione è prestata, che sono contenuti esclusivamente negli altri documenti delle Condizioni di Assicurazione.

Ad aiutarti troverai le Definizioni dei termini indicati con l'iniziale maiuscola e i simboli "Da tenere a mente" e "In parole semplici", che ti guideranno lungo la lettura e la consultazione.

Informazioni sulla polizza

Servizio Clienti
numero verde 800 070 988
lunedì-venerdì 8.30 – 19.00
sabato 9.00 – 13.00

Per richiedere le prestazioni

Centrale Operativa
Dall'Italia: numero verde 800 009 630
lunedì-venerdì 8.30 – 19.30
Dall'estero: +39 0516389046



Da tenere a mente



In parole semplici



Norme che regolano l'assicurazione in generale

Articolo 1. Oggetto dell'Assicurazione

Le coperture assicurative operano in caso di malattia e in caso di infortunio avvenuto durante l'operatività del contratto per le spese sostenute dall'Assicurato per:

- prestazioni odontoiatriche particolari;
- altre prestazioni odontoiatriche (odontoiatria/ortodonzia);
- cure dentarie da infortunio;
- servizi gratuiti:
 - prestazioni a tariffe agevolate per cure odontoiatriche, terapie conservative e prestazioni diagnostiche odontoiatriche diverse da protesi e ortodonzia;
 - prestazioni a tariffe agevolate per cure di ortodonzia;
 - servizi di consulenza.

Per ottenere le prestazioni di cui necessita l'Assicurato può rivolgersi, con le modalità riportate alla voce "Sinistri" delle Condizioni Generali, a:

- a) Strutture sanitarie private o pubbliche convenzionate
- b) Servizio Sanitario Nazionale

Le modalità di attuazione delle opzioni sopraindicate, vengono specificate nei successivi punti di definizione delle singole garanzie.

Articolo 2. Persone assicurabili e ammissione alla copertura assicurativa

2.1 Persone assicurate

Le coperture sono prestate a favore del Cliente che abbia sottoscritto l'Assicurazione e possono essere estese, con il versamento del relativo Premio, ai componenti del nucleo familiare con le modalità previste all'Art. 13 "Variazione delle persone assicurate".

2.2 Condizioni al momento della sottoscrizione

L'Assicurazione può essere conclusa se, al momento della sottoscrizione:

- l'Assicurato ha il proprio domicilio abituale in Italia;
- il Cliente o l'Assicurato non sono cittadini di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America;
- il Cliente o l'Assicurato non facciano parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov);
- il Cliente ha la propria residenza in Italia.

Art 2.3 Condizioni durante l'Assicurazione

L'Assicurazione opera fin tanto che, nel corso della sua durata:

- l'Assicurato mantiene il proprio domicilio abituale in Italia;
- gli Stati di cui il Cliente e l'Assicurato erano

cittadini al momento della sottoscrizione continuano a non essere sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America oppure gli Stati di cui il Cliente e l'Assicurato acquisiscono la cittadinanza dopo la sottoscrizione non sono sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America;

- il Cliente mantiene la propria residenza in Italia. L'Assicurato e il Cliente si obbligano a comunicare la perdita di uno o più di questi requisiti nel corso della durata dell'Assicurazione.

La copertura assicurativa cessa dal momento della perdita del requisito e Cardif restituirà la parte di Premio relativa al periodo residuo da quel momento alla scadenza originaria, al netto delle imposte. Se non ha comunicato tempestivamente la perdita del requisito, Cardif potrà applicare una penale corrispondente ai costi sostenuti per la gestione della Polizza nel tempo in cui non era a conoscenza della sua cessazione.

Si ricorda, quindi, che l'Assicurazione non opera per i Sinistri che accadono dopo il trasferimento, al di fuori dell'Italia, del domicilio abituale dell'Assicurato o della residenza del Cliente, oppure dopo l'acquisizione della cittadinanza di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America (o l'applicazione di tali sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di cittadinanza originaria del Cliente o dell'Assicurato).

In nessun caso Cardif potrà pagare importi a cittadini di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America.

Articolo 3. Limiti di età

L'Assicurazione può essere stipulata o rinnovata fino al raggiungimento del 75° anno di età del Cliente, cessando automaticamente alla fine dell'Anno Assicurativo in cui il Cliente compie il 76° anno di età; in tal caso per tutti i componenti del nucleo familiare del Cliente l'assicurazione cessa nel medesimo momento in cui termina per il Cliente. Qualora, invece, un componente del nucleo familiare raggiunga il 75° anno di età, l'assicurazione cesserà limitatamente a questo Assicurato, alla fine dell'Anno Assicurativo in cui lo stesso compie il 76° anno di età.

Articolo 4. Effetto dell'Assicurazione

L'Assicurazione decorre dalle ore 24 del giorno indicato nel Modulo di polizza.




Articolo 5. Periodi di carenza contrattuale

Le garanzie hanno effetto dalle ore 24:

- del 15° giorno successivo a quello di decorrenza dell'Assicurazione per gli infortuni;
- del 60° giorno successivo a quello di decorrenza dell'Assicurazione per tutte le prestazioni non dovute a infortunio.

Articolo 6. Durata dell'Assicurazione / Tacita proroga dell'Assicurazione

L'Assicurazione ha una durata annuale e, alla scadenza , si rinnova tacitamente di anno in anno, ove il Cliente o l'Assicuratore non abbiano manifestato la propria volontà di disdetta.

La disdetta potrà essere effettuata dal Cliente a mezzo di lettera raccomandata AR ai recapiti di cui all'Art. 22, ovvero compilando l'apposito modulo disponibile presso le filiali BNL (farà fede la data di ricezione ovvero la data di consegna allo sportello bancario del modulo) almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Anno Assicurativo, ovvero delle successive scadenze annuali.


Cardif potrà esercitare il proprio diritto di disdetta a mezzo di lettera raccomandata AR da inviarsi all'indirizzo indicato dal Cliente sul Modulo di Polizza almeno 30 giorni prima della scadenza dell'Anno Assicurativo.

La copertura assicurativa ha in ogni caso termine, con esclusione di qualsiasi rinnovo:

- in caso di chiusura del conto corrente - salva la modifica con altro intrattenuto presso BNL - con effetto: i) dalla fine dell'Anno Assicurativo qualora il Cliente abbia optato per il pagamento del Premio periodico annuale in un'unica soluzione anticipata oppure ii) dalla data della prima scadenza mensile successiva a quella dell'addebito dell'ultimo Premio mensile qualora il Cliente abbia optato per il pagamento del Premio con frazionamento mensile;
- alla fine dell'Anno Assicurativo in cui il Cliente compie il 76° anno di età;
- se l'Assicurato perde il domicilio abituale in Italia, con effetto dalla data del trasferimento del domicilio;
- se il Cliente o l'Assicurato acquisiscono la cittadinanza di Stati sottoposti a sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America con effetto dall'acquisizione della cittadinanza oppure se vengono applicate sanzioni finanziarie/embarghi disposti dall'ONU e dagli Stati Uniti d'America allo Stato di cittadinanza originaria del Cliente o dell'Assicurato, con effetto dalla data di applicazione;
- se il Cliente perde la propria residenza in Italia, con effetto dalla data del trasferimento della residenza.

Articolo 7. Diritto di recesso

7.1 Diritto di recesso del Cliente

 Il Cliente può recedere dall'assicurazione entro 30 (trenta) giorni dalla Data di Decorrenza, dandone comunicazione a Cardif a mezzo di lettera raccomandata AR ai recapiti di cui all'Art. 22, ovvero compilando l'apposito modulo disponibile presso le filiali BNL (farà fede il relativo timbro postale ovvero la data di sottoscrizione apposta sul modulo). Alla ricezione di detta comunicazione la Compagnia rimborserà quanto pagato al netto delle imposte.

Il recesso determina la cessazione delle coperture assicurative dalla Data di Decorrenza, precludendo pertanto all'origine il decorso e l'efficacia delle coperture offerte, con la conseguenza che Cardif non sarà tenuta a corrispondere alcun Indennizzo per i fatti occorsi fino al momento del recesso. La denuncia di Sinistro, in pendenza del termine di recesso, implica la rinuncia al diritto medesimo.

7.2 Diritto di recesso di Cardif

Cardif può recedere dall'assicurazione se, dopo l'accesso in copertura il Cliente/Assicurato entra a far parte di liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov), La copertura assicurativa cessa dalle ore 24 del giorno in cui è stata ricevuta la comunicazione di recesso.

In nessun caso Cardif può pagare importi a soggetti inclusi nelle liste di restrizione all'operatività nazionali o internazionali (ivi comprese le liste OFAC - Office of Foreign Assets Control > www.treasury.gov).

Cardif può, inoltre, recedere dall'assicurazione qualora le dichiarazioni rilasciate dall'Assicurato in sede di sottoscrizione dell'assicurazione, con il Modulo di Polizza oppure nell'ambito delle formalità assuntive previste, risultano inesatte e reticenti.

Articolo 8. Condizioni e prestazioni relative alle coperture assicurative

Art. 8.1. Prestazioni Odontoiatriche Particolari *Prestazioni Odontoiatriche Particolari (assicurati con età pari o superiore a 18 anni)*

Fermo quanto previsto dall'Art. 10 "Esclusioni", Cardif per mezzo della Società provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari fruibile una volta l'anno in Strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione.



COME RECEDERE
Hai la facoltà di rinunciare alla Polizza entro 30 giorni dalla data di decorrenza.



COME DISDETTARE LA POLIZZA ALLA SCADENZA ANNUALE
Se non vi è disdetta la tua Polizza si rinnoverà tacitamente ogni anno. Puoi disdire la copertura assicurativa comunicandolo a Cardif con lettera raccomandata A/R (ai recapiti indicati all'Art.22) oppure compilando l'apposito modulo disponibile presso le filiali BNL.

Le prestazioni sotto indicate, che costituiscono il "pacchetto", sono offerte per monitorare l'eventuale esistenza di stati patologici, ancorché non ancora conclamati, e si ritiene siano particolarmente opportune per soggetti che abbiano sviluppato casi di familiarità.

- **Ablazione del tartaro** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale, **con visita di controllo**.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con la Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di ablazione del tartaro nell'arco dello stesso anno assicurativo Cardif per mezzo della Società provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate, analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. Nel caso di utilizzo di Struttura sanitaria convenzionata, la seconda seduta deve essere preventivamente comunicata a Cardif, attraverso l'Area Servizi Clienti ovvero comunicata alla Centrale Operativa.

Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle Strutture medesime.

Le prestazioni odontoiatriche particolari possono essere fruiti anche presso strutture appartenenti al Servizio sanitario nazionale o da esso accreditate. In tal caso Cardif per mezzo della Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

Prestazioni Odontoiatriche Particolari (assicurati con età inferiore a 18 anni)

Fermo quanto previsto dall'Art. 10 "Esclusioni", Cardif per mezzo della Società provvede al pagamento del "pacchetto" di prestazioni odontoiatriche particolari **fruitibile una volta l'anno in Strutture sanitarie convenzionate indicate dalla Centrale Operativa previa prenotazione**.

- **Fluorazione** mediante utilizzo di ultrasuoni, o in alternativa, qualora si rendesse necessario, mediante il ricorso ad un altro tipo di trattamento per l'igiene orale, **con visita di controllo**.

Qualora, a causa della particolare condizione clinica e/o patologica dell'Assicurato, il medico riscontri, in accordo con Società, la necessità di effettuare una seconda seduta di **fluorazione** nell'arco dello stesso Anno assicurativo, Cardif per mezzo della Società provvederà a liquidare anche questa seconda prestazione, con le modalità di seguito indicate,

analogamente a quanto avvenuto per la prestazione precedente. Nel caso di utilizzo di Struttura sanitaria convenzionata, la seconda seduta deve essere preventivamente comunicata a Cardif, attraverso l'Area Servizi Clienti ovvero comunicata alla Centrale Operativa.

Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle Strutture medesime.

Le prestazioni odontoiatriche particolari possono essere fruiti anche presso strutture appartenenti al Servizio sanitario nazionale o da esso accreditate. In tal caso Cardif per mezzo della Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

Art. 8.2. Altre Prestazioni Odontoiatriche (Odontoiatria/Ortodonzia)

Fermo quanto previsto dall'Art. 10 "Esclusioni", Cardif provvede al pagamento delle spese per mezzo della Società per le prestazioni sotto indicate.

Cure odontoiatriche, terapie conservative, protesi odontoiatriche, ortodonzia e prestazioni diagnostiche di tipo odontoiatrico e ortodontico

<p>Cura conservativa/endodontica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • trattamento endodontico completo (qualsiasi numero di canali); • otturazione semplice o complessa, indipendentemente dalla classe, in composito o amalgama su stesso dente. 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 prestazioni per anno assicurativo e per assicurato in caso di trattamento endodontico completo • 1 prestazione per anno assicurativo e per assicurato in caso di otturazione
<p>Estrazione:</p> <ul style="list-style-type: none"> • semplice o complessa di dente o radice anche su dente temporaneo (compreso eventuale raschiamento cavità alveolare, sutura, rimozione punti e medicazione per controllo sanguinamento tipo collagene, fibrina); • in inclusione ossea parziale o totale - disodontiasi (compreso eventuale raschiamento cavità alveolare, sutura, rimozione punti) 	<p>2 prestazioni per anno assicurativo e per assicurato</p>
<p>Gnatologia: Molaggio selettivo parziale o totale</p>	<p>1 prestazione per anno assicurativo e per assicurato</p>
<p>Sono altresì ricomprese:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la visita odontoiatrica, • l'eventuale anestesia, • le radiografie periapicali individuali • bite wing (particolari radiografie che permettono di visualizzare sia le corone dei denti superiori sia quelle dei denti inferiori) <p>necessari per effettuare i trattamenti inclusi nella copertura.</p>	<p>Solo se propedeutici alle prestazioni in copertura sopra-descritte</p>

Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie e di personale convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle Strutture medesime senza applicazione scoperti o franchigie. Nel caso in cui l'Assicurato si rivolga a strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, Cardif per mezzo della Società rimborsa integralmente i ticket sanitari a suo carico.

Art. 8.3. Cure Dentarie da Infortunio

Fermo quanto previsto dall'Art. 10 "Esclusioni", Cardif per mezzo della Società, liquida all'Assicurato le spese sostenute per prestazioni odontoiatriche e ortodontiche, a seguito di Infortunio con le modalità sottoindicate.

La documentazione sanitaria necessaria per ottenere la liquidazione delle prestazioni effettuate consiste in:

- radiografie e referti radiologici
- referto di Pronto Soccorso con specifica indicazione del trauma e dell'evidenza obiettiva dello stesso, allegando eventuali consulenze specialistiche ed esami strumentali.

Nel caso di utilizzo di Strutture sanitarie e di personale

convenzionato, le spese per le prestazioni erogate all'Assicurato vengono liquidate direttamente alle strutture medesime senza applicazione scoperti o franchigie.

Nel caso in cui l'Assicurato si avvalga del **Servizio Sanitario Nazionale**, Cardif per mezzo della Società rimborsa integralmente i **ticket sanitari a Suo carico nel limite dei massimali assicurati**.

Il massimale annuo assicurato per il complesso delle suddette prestazioni corrisponde a € 2.500,00 per Assicurato.

Articolo 9. Servizi Gratuiti

I servizi sono fruibili per l'intera durata dell'Assicurazione.

Art. 9.1 Prestazioni a tariffe agevolate per cure odontoiatriche, terapie conservative e prestazioni diagnostiche odontoiatriche

Qualora si renda necessaria una prestazione per cure odontoiatriche, terapie conservative e per prestazioni diagnostiche odontoiatriche è possibile richiedere alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura, prescelta



tra quelle convenzionate, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Assicurati con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

L'Assicurato potrà fruire delle tariffe agevolate sia nel caso in cui abbia già beneficiato delle prestazioni odontoiatriche previste dal presente Piano sanitario, ma anche nel caso in cui si debba sottoporre a una prestazione odontoiatrica non in copertura.

Dette prestazioni rimarranno a totale carico dell'Assicurato.

Art. 9.2 Prestazioni a tariffe agevolate per cure di ortodonzia

Qualora si renda necessaria una prestazione per cure di ortodonzia è possibile richiedere alla Centrale Operativa la prenotazione della prestazione e l'invio alla struttura convenzionata, di un fax che consentirà di ottenere l'applicazione di tariffe riservate agli Assicurati con un conseguente risparmio rispetto al tariffario normalmente previsto.

L'Assicurato potrà fruire delle tariffe agevolate sia nel caso in cui abbia già beneficiato delle prestazioni ortodontiche previste dal presente Piano sanitario, ma anche nel caso in cui si debba sottoporre ad una prestazione ortodontica non in copertura.

Dette prestazioni rimarranno a totale carico dell'Assicurato.

Art. 9.3 Servizi di Consulenza

IN ITALIA

I seguenti servizi di consulenza vengono forniti dalla Centrale Operativa telefonando al numero verde 800-009630 dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 19.30.

Dall'estero occorre comporre il prefisso internazionale dell'Italia + 0516389046.

I servizi non comportano costi a carico dell'Assicurato.

A) INFORMAZIONI SANITARIE TELEFONICHE

La Centrale Operativa presta un servizio di informazione sanitaria in merito a:

- strutture sanitarie pubbliche e private presso le quali è possibile ottenere le prestazioni previste dall'Assicurazione (ubicazione e specializzazioni);
- indicazioni sugli aspetti amministrativi dell'attività sanitaria (informazioni burocratiche, esenzione tickets, assistenza diretta e indiretta in Italia ecc.);
- centri medici specializzati per particolari patologie in Italia e all'estero;
- farmaci: composizione, indicazioni e controindicazioni.

B) PRENOTAZIONE DI PRESTAZIONI SANITARIE

La Centrale Operativa fornisce un servizio di prenotazione delle prestazioni sanitarie garantite dal Piano sanitario nella forma di assistenza diretta nelle Strutture sanitarie convenzionate.

Articolo 10. Esclusioni

L'assicurazione non è operante per:

1. le cure e/o gli interventi per l'eliminazione o la

correzione di difetti fisici o di malformazioni preesistenti alla stipulazione del contratto;

2. le protesi dentarie, la cura delle parodontopatie, le cure dentarie e gli accertamenti odontoiatrici non espressamente previste dal piano sanitario;
3. le prestazioni mediche aventi finalità estetiche;
4. il trattamento delle malattie conseguenti all'abuso di alcool e di psicofarmaci, nonché all'uso non terapeutico di stupefacenti o di allucinogeni;
5. gli infortuni derivanti dalla pratica di sport estremi e pericolosi, quali ad esempio gli sport aerei, motoristici, automobilistici, il free-climbing, il rafting e l'alpinismo estremo, nonché dalla partecipazione alle relative gare e prove di allenamento, siano esse ufficiali o meno;
6. gli infortuni causati da azioni dolose compiute dall'Assicurato;
7. le conseguenze dovute a tentato suicidio, autolesionismo ed azioni delittuose commesse dall'assicurato con dolo o colpa grave;
8. le conseguenze dirette o indirette di trasmutazione del nucleo dell'atomo di radiazioni provocate dall'accelerazione artificiale di particelle atomiche e di esposizione a radiazioni ionizzanti;
9. le conseguenze di guerra, insurrezioni, movimenti tellurici, eventi atmosferici ed eruzioni vulcaniche;
10. le terapie non riconosciute dalla medicina ufficiale.

11. Limitatamente alle prestazioni previste all'Art. 8.2 Altre Prestazioni Odontoiatriche (Odontoiatria/Ortodonzia) l'assicurazione non è operante per:

- protesi estetiche
- trattamenti derivanti da conseguenze di patologie psichiatriche.

Articolo 11. Premio dell'Assicurazione

Il Premio annuo è unico, anticipato ed il pagamento avverrà in un'unica soluzione ovvero in dodici rate mensili di pari importo ciascuna (in quest'ultimo caso, senza applicazione di interessi). Il pagamento del Premio annuale, in un'unica soluzione o frazionato, avviene tramite addebito sul conto corrente del Cliente, intrattenuto presso BNL.

Il pagamento effettuato secondo tale modalità costituisce a tutti gli effetti regolare quietanza del pagamento del Premio dovuto. Il primo addebito del Premio è effettuato alla data di decorrenza ed avrà ad oggetto l'intero importo del Premio, oppure, in caso di frazionamento dello stesso, la prima rata mensile di Premio. Il Cliente potrà optare per il frazionamento mensile del Premio in fase di sottoscrizione della copertura, indicando tale scelta nel Modulo di Polizza.

In caso di mancato buon esito dell'addebito del primo Premio o della prima rata di Premio, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24





COME COMUNICARE
LA VARIAZIONE DEGLI
ASSICURATI

della data di tentato addebito fino alle ore 24 della data del pagamento di quanto dovuto. In caso di mancato buon esito dell'addebito dei Premi o delle rate di Premio successivi al primo, l'assicurazione resta sospesa dalle ore 24 del 15° giorno dopo quello della scadenza e riprende efficacia dalle ore 24 del giorno del pagamento di quanto dovuto.

Mancando il pagamento di quanto dovuto, l'assicurazione è risolta di diritto qualora Cardif, nel termine di 6 (sei) mesi dalla scadenza del termine previsto per il pagamento del primo Premio o dei Premi successivi, non agisca per la riscossione.

In tal caso Cardif ha diritto al pagamento del Premio relativo al periodo di assicurazione in corso e al rimborso delle spese.

Articolo 12. Variazione del Premio e delle Condizioni di Assicurazione

Cardif, si riserva il diritto di variare le Condizioni di Assicurazione e/o di incrementare l'importo del Premio dell'assicurazione per giustificato motivo e, segnatamente, qualora venga accertato l'andamento tecnico negativo del prodotto assicurativo in esito alla valutazione dei dati statistici di riferimento. Le variazioni di Premio potranno essere applicate solo in relazione agli Anni Assicurativi successivi al primo.

Cardif comunicherà al Cliente l'esercizio di tale diritto ed i termini della modifica con preavviso di almeno 90 (novanta) giorni rispetto alla scadenza dell'Anno Assicurativo. Il Cliente che non accetti la variazione ha la facoltà di recedere dalla copertura con comunicazione da inviarsi a Cardif almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza dell'Anno Assicurativo a mezzo lettera raccomandata AR. In tal caso, l'assicurazione cessa con effetto dalla fine dell'Anno Assicurativo in corso. In ogni caso, prestando la propria accettazione alla sottoscrizione delle coperture assicurative il Cliente ha concordato che a fronte della comunicazione di variazione dell'importo del Premio o delle condizioni di assicurazione il proprio silenzio sia considerato come assenso alla variazione stessa.

Articolo 13. Variazione delle Persone Assicurate

Il Cliente, in sede di sottoscrizione dell'Assicurazione, ha la facoltà di indicare fino a 5 (cinque) soggetti appartenenti al suo Nucleo familiare quali ulteriori Assicurati per i rischi coperti dall'Assicurazione. Inoltre, nel corso della durata dell'Assicurazione ed in occasione, in particolare, di ogni scadenza annuale, il Cliente:

- deve senz'altro comunicare la variazione degli Assicurati in caso di decesso o di uscita dal Nucleo familiare di taluno di essi;

- ha la facoltà di variare, fermo il numero massimo di 5 (cinque) soggetti assicurabili, l'indicazione già fatta, potendo pertanto ridurre o incrementare il numero degli Assicurati.

✦ La comunicazione della variazione deve essere effettuata dal Cliente a mezzo di lettera raccomandata AR ai recapiti di cui all'Art. 22, ovvero recandosi presso le filiali BNL, almeno 45 giorni prima della scadenza dell'Anno Assicurativo e comporta la modifica degli Assicurati in relazione al successivo Anno Assicurativo e con effetto dal primo giorno dello stesso. Si precisa che:

- ogni modifica che comporti una variazione nel numero delle persone assicurate implicherà una variazione del Premio totale corrisposto dal Cliente, secondo la tariffa in vigore al momento della variazione stessa;
- il raggiungimento del limite di età di 76 (settantasei) anni da parte di taluno degli Assicurati implica la cessazione automatica della copertura con riferimento allo stesso Assicurato alla fine dell'Anno Assicurativo in corso al momento del compimento del 76° anno di età, senza necessità dunque di comunicazione da parte del Cliente. Il Premio, inoltre, verrà ricalcolato secondo il numero di componenti assicurati del Nucleo familiare;
- qualora il Cliente, decidesse di non rinnovare la copertura per uno o più Assicurati, questi ultimi non potranno successivamente accedere nuovamente alla copertura assicurativa in qualità di appartenenti al Nucleo familiare del Cliente.

Cardif si riserva di richiedere idonea documentazione comprovante lo stato di convivenza e/o il rapporto di parentela dell'Assicurato, ove lo ritenga necessario.

Articolo 14. Modifiche delle Condizioni di Assicurazione

Le eventuali modifiche del contratto successive alla stipulazione della polizza debbono essere provate per iscritto.

Articolo 15. Altre Assicurazioni

Il Cliente è esonerato dal dichiarare a Cardif l'eventuale esistenza di altre polizze da lui stipulate per il medesimo rischio, fermo l'obbligo dell'Assicurato di darne avviso in caso di sinistro.

Articolo 16. Oneri Fiscali

Gli oneri fiscali relativi all'assicurazione sono a carico del Cliente, comprese eventuali variazioni nella misura delle imposte che dovessero intervenire dopo la stipulazione della polizza.

Articolo 17. Foro competente



Per le controversie relative al presente contratto, il Foro competente è quello del luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Articolo 18. Rinvio alle norme di legge

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

Articolo 19. Termini di prescrizione

Il termine di prescrizione dei sinistri relativi alla presente polizza è di due anni a norma dell'art. 2952 c.c..

Articolo 20. Estensione territoriale

L'assicurazione vale nel solo territorio italiano.

Articolo 21. Reclami

Reclami a Cardif

Eventuali reclami riguardanti il comportamento della Compagnia o la violazione da parte della stessa Compagnia di norme cui è soggetta (per es. reclami sul contenuto delle coperture assicurative o sulla gestione dei sinistri), devono essere inoltrati per iscritto, mediante posta, a mezzo telefax o e-mail all'Ufficio Reclami della Compagnia, al seguente recapito:

Cardif - Ufficio Reclami

Piazza Lina Bo Bardi, 3

20124 Milano

e-mail reclami@cardif.com

fax 0277.224.265

La Compagnia si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo.

Qualora l'esponente non si ritenga soddisfatto dell'esito del reclamo o in caso di assenza di riscontro ad opera della Compagnia nel termine sopraindicato, potrà rivolgersi all'IVASS, secondo le modalità previste per i reclami presentati direttamente all'IVASS sotto elencate ed inviando altresì copia del reclamo presentato alla Compagnia nonché dell'eventuale riscontro da quest'ultima fornito.

Reclami all'intermediario assicurativo

Qualora il reclamo riguardi il comportamento dell'intermediario assicurativo o la violazione da parte dello stesso intermediario di norme cui è soggetto (per es. reclami sulla distribuzione dei prodotti assicurativi), deve essere inoltrata una comunicazione scritta a quest'ultimo con le modalità indicate nell'Allegato 7B, documento che viene consegnato a cura del medesimo intermediario assicurativo.

L'intermediario si impegna a dare riscontro entro 45 giorni dal ricevimento del reclamo. Se non lo facesse o se l'esponente non fosse soddisfatto della

risposta, può rivolgersi all'IVASS con le modalità sotto riportate per i reclami presentati direttamente all'Istituto, allegando sia il reclamo sia l'eventuale risposta dell'intermediario.

Reclami all'IVASS

I reclami per l'accertamento dell'osservanza della normativa di settore devono essere presentati, a mezzo PEC, posta o fax direttamente all'IVASS:

IVASS - Servizio tutela del consumatore

Via del Quirinale 21

00187 Roma

ivass@pec.ivass.it

fax 06.42133206

Per la stesura del reclamo presentato a IVASS è possibile utilizzare il modello disponibile sul sito www.ivass.it e sul sito della Compagnia www.bnpparibascardif.it nella sezione dedicata ai reclami. Il reclamo deve riportare chiaramente i seguenti elementi identificativi:

- il nome, cognome e domicilio del reclamante;
- la Compagnia, l'intermediario o i soggetti di cui si lamenta l'operato;
- la descrizione dei motivi della lamentela e l'eventuale documentazione a sostegno della stessa.

Resta in ogni caso salva la facoltà di ricorrere all'Istituto della mediazione come disciplinato dal D. Lgs. n° 28 del 4 marzo 2010 e di adire l'Autorità Giudiziaria.

In caso di liti transfrontaliere in cui sia parte, il reclamante avente la residenza in Italia può presentare il reclamo:

- direttamente all'Autorità di vigilanza / sistema competente del paese dello stato membro in cui ha sede legale l'impresa di assicurazioni che ha stipulato il contratto (rintracciabile accedendo al sito: <http://www.ec.europa.eu/fin-net/>);
- all'IVASS che provvede all'inoltro alla suddetta Autorità / sistema, dandone notizia al reclamante. Autorità di vigilanza del paese di origine dell'Assicuratore è ACPR (Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution) alla quale possono essere inviati reclami seguendo la procedura indicata sul sito <http://acpr.banque-france.fr/en/protection-de-la-clientele/comment-contacter-lacp.html>

Articolo 22. Comunicazioni

Salvo che sia diversamente specificato, le comunicazioni a Cardif potranno essere fatte per iscritto come segue:

- a mezzo posta, a Cardif Assurances Risques Divers - Rappresentanza Generale per l'Italia - Back Office Protezione - Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano;
- a mezzo fax, al numero 02.30329809;
- tramite posta elettronica, all'indirizzo e-mail servizioclienti@cardif.com



COME FARE
UN RECLAMO



COME COMUNICARE
CON CARDIF

allegando copia di un valido Documento di Identità e del Codice Fiscale. In caso di utilizzo della posta elettronica si dovrà altresì allegare scansione della comunicazione debitamente firmata. Eventuali comunicazioni da parte di Cardif saranno indirizzate all'ultimo domicilio comunicato dal Cliente. Il Cliente e/o l'Assicurato, telefonando al numero verde Servizio Clienti 800.070.988 (lunedì-venerdì dalle ore 8.30 - 19.00 ed il sabato alle ore 9.00 alle ore 13.00), potranno altresì chiedere informazioni relative alle caratteristiche del prodotto. Cardif, nella propria Home Page Internet (www.bnpparibascardif.it), mette a disposizione dei clienti la possibilità di accedere ad un'area riservata per la consultazione della propria posizione assicurativa, nei termini e secondo le modalità previste da IVASS. L'area è consultabile tramite l'utilizzo delle credenziali assegnate ai clienti al primo accesso in occasione della registrazione.

Articolo 23. Tutela dati - Informativa ai sensi dell'art. 13 d. lgs. 30 giugno 2003 n. 196

Cardif Assurances Risques Divers Rappresentanza Generale per l'Italia (di seguito Cardif), in qualità di Titolare del trattamento, informa che i dati personali dell'Assicurato/i (di seguito gli "Interessati"), ivi compresi quelli sensibili (per esempio: informazioni in merito allo stato di salute) e giudiziari, forniti dagli Interessati o da terzi, sono trattati ai fini, nei limiti e con le modalità necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata, nonché per finalità derivanti da obblighi di legge, da regolamenti, dalla normativa comunitaria, da disposizioni impartite da autorità a ciò legittimate dalla legge o da organi di vigilanza e di controllo, ivi compresa la normativa in materia di antiriciclaggio e contrasto al terrorismo. Il mancato conferimento dei dati, assolutamente facoltativo, può precludere l'instaurazione o l'esecuzione del contratto assicurativo. Con riferimento ai dati "sensibili" il trattamento potrà avvenire solo con il consenso scritto degli Interessati. Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali e automatizzati, in forma cartacea e/o elettronica, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati medesimi. All'interno di Cardif, possono venire a conoscenza dei dati personali, in qualità di Incaricati o Responsabili del loro trattamento, i dipendenti, le strutture o i collaboratori che svolgono per conto di Cardif medesima servizi, compiti tecnici, di supporto (in particolare: servizi legali; servizi informatici; spedizioni) e di controllo aziendale. Cardif può altresì comunicare i dati personali a soggetti appartenenti ad alcune categorie (oltre a quelle individuate per legge) affinché svolgano i correlati trattamenti e comunicazioni. Tra questi si citano: i soggetti costituenti la cosiddetta "catena assicurativa" (per

esempio: intermediari; riassicuratori; coassicuratori) i soggetti che svolgono servizi bancari finanziari o assicurativi; le società appartenenti al Gruppo BNP Paribas, o comunque da esso controllate o allo stesso collegate; soggetti che forniscono servizi per il sistema informatico di Cardif; soggetti che svolgono attività di lavorazione e trasmissione delle comunicazioni alla/dalla clientela; soggetti che svolgono attività di archiviazione della documentazione, soggetti che prestano attività di assistenza alla clientela; soggetti che gestiscono sistemi nazionali e internazionali per il controllo delle frodi; consulenti e collaboratori esterni; soggetti che svolgono attività di controllo, revisione e certificazione delle attività poste in essere da Cardif anche nell'interesse della clientela; società di recupero crediti. I soggetti appartenenti a tali categorie, i cui nominativi sono riportati in un elenco aggiornato (disponibile presso la sede di Cardif) utilizzeranno i dati personali ricevuti in qualità di autonomo "Titolare", salvo il caso in cui siano stati designati da Cardif "Responsabili" dei trattamenti di loro specifica competenza. La comunicazione potrà avvenire anche nel caso in cui taluno dei predetti soggetti risieda all'estero, anche al di fuori dell'UE, restando in ogni caso fermo il rispetto delle prescrizioni del D.Lgs n. 196/2003. Nel caso in cui i dati personali venissero trasferiti all'estero, si sottolinea che gli stessi potrebbero essere trattati con livelli di tutela differente rispetto alle previsioni della normativa vigente in Italia. In nessun caso i dati personali saranno trasferiti per finalità diverse da quelle necessarie all'attuazione delle obbligazioni relative alla copertura assicurativa stipulata. Cardif non diffonde i dati personali degli Interessati.

In considerazione dell'estensione della copertura assicurativa a favore del Nucleo familiare, come definito nella documentazione contrattuale, alcuni dati, anche sensibili, relativi alle prestazioni assicurative effettuate a loro favore, saranno messi a conoscenza anche degli altri interessati ove necessario per la gestione della polizza in essere. Ogni Interessato ha diritto di conoscere, in ogni momento, quali sono i propri dati personali trattati presso Cardif e come vengono utilizzati; ha inoltre il diritto di farli aggiornare, integrare, rettificare, chiederne il blocco ed opporsi al loro trattamento. Per ottenere ulteriori informazioni e per l'esercizio dei diritti di cui all'art. 7 del D. Lgs n. 196/2003, può rivolgersi a: *Cardif Assurances Risques Divers - Rappresentanza Generale per l'Italia, in persona del Direttore Marketing, pro-tempore, nella sua qualità di Responsabile del trattamento dei dati personali dei clienti/marketing, domiciliato per la funzione presso la sede di Piazza Lina Bo Bardi 3, 20124 Milano; e-mail privacy_it@cardif.com.*

Gestione del sinistro

Articolo 24. Denuncia del sinistro

✦ L'Assicurato o chi per esso dovrà preventivamente chiedere la prenotazione della prestazione utilizzando la funzione "Prenotazione visite/esami" disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti accessibile attraverso il sito www.bnpparibascardif.it ovvero dal sito della Società www.unisalute.it. Se non può accedere ad internet, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al numero verde gratuito 800-009630 (dall'estero numero non gratuito composto dal prefisso internazionale per l'Italia + 0516389046) e specificare la prestazione richiesta. Gli operatori ed i medici della Centrale Operativa sono a disposizione per verificare la compatibilità della prestazione richiesta con il Piano sanitario. All'interno dell'Area Servizi Clienti accessibile dal sito l'Assicurato potrà consultare e conoscere con precisione le strutture ed i medici convenzionati dedicati al suo specifico Piano sanitario. Qualora l'Assicurato utilizzi una **Struttura sanitaria convenzionata senza avere preventivamente contattato la Centrale Operativa** e, conseguentemente, senza ottenere l'applicazione delle tariffe concordate, **le spese sostenute non verranno rimborsate.**

Art. 24.1 Sinistri in strutture convenzionate con la Società (sezione valida per garanzie Altre Prestazioni Odontoiatriche)

L'Assicurato, o la Struttura sanitaria convenzionata, dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa al fine di attivare la verifica della copertura assicurativa e la conseguente trasmissione della "presa in carico" alla Struttura medesima relativa alle prestazioni sanitarie cui l'Assicurato stesso ha diritto.

In occasione del primo sinistro nella Struttura sanitaria convenzionata, il dentista provvederà all'effettuazione della prima visita e redigerà la "Scheda anamnestica" relativa all'apparato masticatorio dell'Assicurato, mentre le eventuali prestazioni necessarie saranno elencate nel Piano terapeutico.

Il dentista invierà alla Società:

- la Scheda anamnestica compilata in ogni parte;
- l'eventuale Piano terapeutico, condiviso con l'Assicurato, insieme ai referti, alle radiografie, ecc.;
- il certificato di Pronto Soccorso, qualora il piano di cure sia reso necessario da Infortunio

Successivamente all'esame di tale documentazione la Società provvederà ad inviare alla Struttura sanitaria convenzionata la "presa in carico" relativa alle prestazioni che rientrano in copertura.

La "presa in carico" varrà nei limiti temporali nella

stessa indicati, fino alla concorrenza dei massimali e nei limiti previsti nelle singole garanzie.

All'atto dell'effettuazione delle prestazioni, l'Assicurato dovrà presentare alla Struttura sanitaria convenzionata un documento comprovante la propria identità e sottoscrivere la Lettera di impegno.

La Società provvederà per conto di Cardif e nei limiti indicati nelle singole garanzie, a liquidare direttamente alla Struttura sanitaria convenzionata le competenze per le prestazioni prese in carico. A tal fine l'Assicurato delega Cardif e la Società a pagare le strutture/medici convenzionate/i a saldo delle spese mediche sostenute, coperte dalle garanzie di polizza.

La struttura sanitaria non potrà comunque richiedere all'Assicurato né promuovere nei suoi confronti azioni di rivalsa, salvo il caso di crediti relativi a spese restanti a suo carico per prestazioni, eccedenti il massimale assicurato, oppure per prestazioni non rientranti nelle coperture previste dalla Polizza.

Le garanzie sono attivabili solo ed esclusivamente in regime di convenzione diretta. L'Assicurato non potrà richiedere né ricevere prestazioni sanitarie da parte di personale non convenzionato anche se erogate in Strutture sanitarie convenzionate.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Art. 24.2 Sinistri nel Servizio Sanitario Nazionale

Per le prestazioni extraricovero effettuati in strutture del Servizio Sanitario Nazionale o da esso accreditate, le spese sostenute vengono liquidate secondo le seguenti modalità:

✦ L'Assicurato deve inviare alla Società UniSalute S.p.A. Rimborso Clienti c/o CMP BO - Via Zanardi 30 - 40131 Bologna (BO) la documentazione necessaria:

- modulo di denuncia del sinistro debitamente compilato e sottoscritto in ogni sua parte;
- in caso di prestazioni diagnostiche, copia della prescrizione contenente la patologia presunta o accertata da parte del medico curante;
- copia fotostatica della documentazione relativa alle spese sostenute (distinte e ricevute) da cui risulti il relativo quietanzamento; nelle distinte e ricevute dovranno essere riportate in modo analitico le prestazioni effettuate ed il relativo costo. Inoltre, l'Assicurato, a fronte di specifica richiesta da parte della Società, deve produrre



COME DENUNCIARE UN SINISTRO



COME RICHIEDERE IL RIMBORSO DELLE PRESTAZIONI NEL SSSN

specifica ed adeguata prova documentale dell'avvenuto pagamento della prestazione sanitaria di cui chiede il rimborso;

- il certificato di Pronto Soccorso, qualora il piano di cure sia reso necessario da Infortunio

Ai fini di una corretta valutazione del sinistro o della verifica della veridicità della documentazione prodotta in copia, **Cardif e la Società avranno sempre la facoltà di richiedere anche la produzione degli originali della predetta documentazione.**

Il pagamento di quanto spettante all'Assicurato viene effettuato a cura ultimata e previa consegna alla Società della documentazione di cui sopra. In ogni caso l'indennizzo sarà pagato:

- in euro
- versato su un conto corrente di un Istituto di credito con sede nell'Unione Europea e, comunque, intrattenuto presso un'Agenzia che si trova in uno Stato membro dell'Unione Europea.

L'Assicurato deve consentire eventuali controlli medici disposti dalla Società e fornire alla stessa ogni informazione sanitaria relativamente a notizie attinenti la patologia denunciata, anche mediante rilascio di specifica autorizzazione ai fini del superamento del vincolo al segreto professionale cui sono sottoposti i medici che l'hanno visitato e curato.

Qualora l'Assicurato abbia presentato ad altre compagnie assicurative richiesta di rimborso per il medesimo sinistro, e abbia effettivamente ottenuto tale rimborso, all'Assicurato verrà liquidato esclusivamente l'importo rimasto a suo carico, al netto di quanto già rimborsato da terzi, il cui ammontare dovrà essere certificato.

Per chiedere il rimborso di quanto speso l'Assicurato può utilizzare la funzione di richiesta rimborso disponibile all'interno dell'Area Servizi Clienti accessibile attraverso il sito www.bnpparibascardif.it o dal sito della Società www.unisalute.it e caricare i documenti in formato elettronico. Se non può accedere a internet, l'Assicurato può richiedere telefonicamente il modulo cartaceo di rimborso a Cardif ai recapiti di cui all'Art.22.

Articolo 25. Gestione documentazione di spesa

Nel caso di Prestazioni in Strutture sanitarie convenzionate la documentazione di spesa per prestazioni sanitarie autorizzate dalla Società viene consegnata direttamente dalla struttura all'Assicurato.

La Società, al fine di mantenere aggiornato l'Assicurato in merito allo stato delle sue richieste di rimborso, provvede all'invio dei seguenti riepiloghi:

- riepilogo mensile delle richieste di rimborso in attesa di documentazione e valutate nel corso del mese;

- riepilogo annuale di tutta la documentazione di spesa presentata nel corso dell'anno con l'indicazione dell'importo richiesto, dell'importo liquidato e dell'eventuale quota di spesa rimasta a carico dell'Assicurato.

Articolo 26. Controversie e Arbitrato irrituale

Le controversie di natura medica potranno essere deferite alla decisione di un collegio arbitrale composto da tre medici.

I membri del collegio arbitrale verranno nominati uno per parte e il terzo di comune accordo tra i primi due, o, in caso di dissenso, dal Consiglio dell'Ordine dei medici avente competenza nel luogo ove deve riunirsi il collegio.

Il collegio arbitrale risiede e si riunirà nel comune, sede di Istituto di medicina legale, più vicino al luogo di residenza o domicilio elettivo dell'Assicurato.

Ciascuna delle parti sostiene le proprie spese e remunera l'arbitro da essa designato, contribuendo per la metà delle spese e delle competenze del terzo arbitro ed è esclusa ogni responsabilità solidale.

Le decisioni del collegio arbitrale sono assunte a maggioranza di voti, con dispensa da ogni formalità di legge, e sono vincolanti per le parti, le quali rinunciano fin da ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione di patti contrattuali.

I risultati delle operazioni arbitrali devono essere raccolti in apposito verbale, da redigersi in doppio esemplare, uno per ognuna delle parti.

Resta comunque fermo il diritto delle parti di rivolgersi all'Autorità Giudiziaria.

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

Situazioni esemplificative per comprendere il funzionamento di Polizza BNL Sorriso Protetto

Esempio 1

Ablazione del tartaro

Centri convenzionati

Alessio chiama la Centrale Operativa e prenota il trattamento nel centro convenzionato più vicino a casa sua.
BNL Sorriso Protetto coprirà interamente il costo della prestazione.

SSN

Alessio si reca direttamente presso la struttura pubblica, pagando il ticket.
Riceverà un rimborso pari al costo sostenuto per l'ablazione del tartaro.

Esempio 2

Trattamento endodontico

Durante la visita di controllo, a Giacomo viene diagnosticata una carie complessa che necessita di devitalizzazione del dente con relativa ricostruzione e copertura con corona in oro-ceramica

Centri convenzionati

Giacomo chiama la Centrale Operativa e prenota il trattamento nel centro convenzionato più vicino a casa sua.
BNL Sorriso Protetto copre interamente il costo della devitalizzazione e della ricostruzione. Il costo della corona sarà sostenuto da Giacomo, che potrà usufruire delle tariffe agevolate.

SSN

Giacomo si reca direttamente presso la struttura pubblica, pagando il ticket.
Riceverà un rimborso pari al costo sostenuto per la devitalizzazione e ricostruzione.

