



# LINEA PROTETTA DENTAL

## Contratto di assicurazione infortuni e malattia

**Contratto di assicurazione in forma collettiva ad adesione facoltativa**

**Contraente: Agos Ducato S.p.A.**

### Condizioni di Assicurazione

Elaborate secondo le linee guida “Contratti Semplici e Chiari”

Edizione maggio 2023




# Condizioni di Assicurazione

Elaborate secondo le linee guida “Contratti Semplici e Chiari”

## Avvertenze

### Simboli

Nel testo sono utilizzati dei simboli per rendere più agevole la lettura.

Simbolo	Significato
	Rinvia ad uno o più articoli del Contratto dove si possono trovare approfondimenti sull'argomento trattato



#### Box in consultazione

Nel testo le informazioni esplicative, i commenti o gli esempi si trovano inseriti in Box di consultazione formattati in questo modo.

Queste informazioni non sono parte del contratto ma aiutano a chiarirne il significato

# Contenuti

## A - Glossario

pag. 4

## B - Presentazione

### 1. Quadro generale

pag. 8

## C - Oggetto del Contratto

### 2. Garanzia Prevenzione e Cure Dentarie

pag. 11

## D - Il contratto dalla A alla Z

3. Modalità di adesione	pag. 15
4. Dichiarazioni dell'Aderente e dell'Assicurato	pag. 15
5. Pagamento del Prezzo	pag. 15
6. Decorrenza e durata della copertura	pag. 16
7. Diritto di Recesso, Sospensione della copertura e Diritto di Cessazione	pag. 16
8. Cessazione dal Contratto	pag. 17
9. Assicurazione presso più assicuratori	pag. 17
10. Antiterrorismo e Sanzioni Internazionali	pag. 17
11. Imposte e tasse	pag. 17
12. Legge applicabile	pag. 18
13. Foro competente	pag. 18
14. Obblighi e diritti derivanti dal Contratto	pag. 18
15. Forma delle comunicazioni tra le parti	pag. 18

## E - Cosa fare in caso di Sinistro

16. Disposizioni	pag. 19
17. Collegio medico	pag. 22

## A - Glossario

I termini che nel presente Contratto sono indicati in grassetto e con la lettera iniziale maiuscola assumono il significato di seguito riportato:

### A

#### Aderente

Ciascuna persona fisica maggiorenne, cliente di Agos Ducato S.p.A., residente in Italia, che valuta e liberamente decide di usufruire della copertura della **Polizza Collettiva**, manifestando un'espressa volontà e corrispondendo direttamente il Prezzo al **Contraente**. Il nominativo dell'**Aderente** è riportato nel **Modulo di Adesione**.

#### Asset Freeze

È una misura amministrativa volta a privare le persone o le organizzazioni dei paesi sanzionati delle risorse finanziarie necessarie.

#### Assicurato

Ciascuna persona fisica il cui interesse è protetto dall'**Assicurazione**. L'**Aderente** è sempre **Assicurato**.

#### Assicurazione

Insieme di garanzie prestate all'**Assicurato** tramite il **Contratto**.

### C

#### Centrale Operativa

La struttura di MyAssistance S.r.l., Via Raimondo Montecuccoli 20/1 – 20147 Milano. E' costituita da personale con competenze tecnico mediche e incaricata per la gestione delle richieste relative alle prestazioni previste dal **Contratto di Assicurazione**.

#### Collettiva (o Polizza Collettiva)

Il documento negoziale nel quale la **Compagnia** ed il **Contraente** stabiliscono le norme contrattuali valide per tutti gli **Assicurati** aderenti al contratto assicurativo.

#### Contraente

Agos Ducato S.p.A. - Viale Fulvio Testi 280, Milano, 20126 che sottoscrive la **Polizza Collettiva**.

#### Compagnia

Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A. con sede legale in Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano.

#### Contratto di Assicurazione (o Contratto)

Le presenti condizioni contrattuali, comprensive dei relativi allegati.

### D

#### Data di decorrenza

Corrisponde alla data di adesione secondo le modalità di adesione previste dal presente **Contratto**.

### E

#### Embargo

È una sanzione economica e commerciale destinata a vietare o limitare il commercio di beni, tecnologie e servizi con i paesi sanzionati.

## F

### Firma Elettronica Avanzata

Particolare tipologia di firma elettronica che soddisfa i seguenti requisiti:

- a) è connessa unicamente al firmatario;
- b) è idonea a identificare il firmatario;
- c) è creata mediante dati per la creazione di una firma elettronica che il firmatario può, con un elevato livello di sicurezza, utilizzare sotto il proprio esclusivo controllo; e
- d) è collegata ai dati sottoscritti in modo da consentire l'identificazione di ogni successiva modifica di tali dati. I documenti sottoscritti mediante firma elettronica avanzata hanno l'efficacia prevista dall'art. 2702 c.c.. I documenti sottoscritti con tale modalità hanno la stessa validità legale dei documenti cartacei sottoscritti con firma autografa in conformità a quanto previsto dall'art. 21 del d.lgs. 7 marzo 2005, n. 82 (Codice dell'Amministrazione Digitale)".

## I

### Indennizzo o Rimborso

La somma dovuta dalla **Compagnia** all'**Assicurato** in caso di **Sinistro**.

### Infortunio

Evento dovuto a causa fortuita, violenta ed esterna che produca lesioni fisiche oggettivamente e strumentalmente constatabili.

## M

### Malattia

Ogni alterazione dello stato di salute non dipendente da **Infortunio**.

### Massimale

L'importo che rappresenta il massimo esborso della **Compagnia** per **Periodo Assicurativo** in relazione alle prestazioni rese necessarie a seguito di **Infortunio**.

### Modulo di Adesione

È la parte del **Contratto** che viene sottoscritta dall'**Aderente** che prova l'entrata in copertura dello stesso, nei termini e alle condizioni riportate nel **Contratto**.

### MyAssistance

MyAssistance S.r.l., con sede in Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Milano, società di servizi che provvede, per conto della **Compagnia**, al **Pagamento Diretto** delle **Strutture Convenzionate**, oppure al **Rimborso** agli **Assicurati**. Provvede, inoltre, a gestire le convenzioni e i rapporti con dette strutture sanitarie.

## O

### Offerta fuori sede

Modalità di collocamento di prodotti assicurativi tramite soggetti abilitati all'attività di distribuzione fuori dai locali degli intermediari iscritti alle sez. A, B, D, E e F del Registro pubblico degli intermediari assicurativi presso IVASS (anche "RUI"). I soggetti abilitati all'**Offerta Fuori Sede** devono essere iscritti nella sez. E del RUI, consultabile online dal sito dell'IVASS.

## P

### Periodo Assicurativo

Il periodo compreso tra la Data di Decorrenza indicata sul Modulo di Adesione e la scadenza annua, nonché ogni successivo periodo di rinnovo annuale.



## Pagamento Diretto

Pagamento da parte di **MyAssistance**, in nome e per conto della **Compagnia**, nei limiti e in conformità a quanto previsto dal presente **Contratto di Assicurazione**, delle spese dovute per l'accesso alle **Strutture Convenzionate**.

## Prezzo

Il costo della copertura assicurativa dovuto dall'**Aderente** alla **Compagnia**. La legge lo definisce premio.

# R

## Recesso

Scioglimento unilaterale del vincolo contrattuale previsto dalla legge o dal **Contratto di Assicurazione**.

## Regime Convenzionato

La possibilità di usufruire delle prestazioni previste in **Contratto** presso una delle **Strutture Convenzionate** di **MyAssistance**, a condizione, tuttavia, della preventiva autorizzazione di **MyAssistance**.

## Regime non Convenzionato

La fruizione, da parte dell'**Assicurato**, delle prestazioni previste in **Contratto** presso **Strutture non Convenzionate**, con possibilità per lo stesso **Assicurato** di richiedere alla **Compagnia**, per il tramite di **MyAssistance**, a cura ultimata, il **Rimborso** delle spese corrisposte per le prestazioni ricevute.

## Residenza

Il luogo dove l'**Assicurato** ha stabilito la sua dimora abituale come risultante da certificato anagrafico.

## Rischio

La probabilità che si verifichi il **Sinistro**.

## Rivalsa

La facoltà per la **Compagnia**, che corrisponde l'**Indennizzo**, di sostituirsi all'**Assicurato** nei diritti verso il terzo responsabile, nel caso in cui il danno dipenda da illecito di un terzo.

# S

## Sanzioni Internazionali

Normativa relativa alle misure restrittive adottate dall'Unione Europea (UE) o dai singoli Stati Membri, o da altri Paesi al di fuori dell'UE (inclusi gli Stati Uniti d'America).

## Set Informativo

Indica l'insieme della documentazione precontrattuale e contrattuale costituita da documento Informativo Precontrattuale, Documento Informativo Precontrattuale Aggiuntivo, le presenti condizioni contrattuali, glossario e **Modulo di Adesione**.

## Sinistro

Il verificarsi del fatto per il quale è prestata la garanzia assicurativa, e da cui è derivato un danno.

## Sport Professionistico

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

## SSN

Servizio Sanitario Nazionale.

## Strutture Convenzionate

Rete convenzionata **MyAssistance**, costituita da centri e studi odontoiatrici, nonché da medici odontoiatrici, che provvedono ad erogare, in favore dell'**Assicurato**, le prestazioni previste dal presente **Contratto di Assicurazione**.

## Strutture non Convenzionate

Centri e studi odontoiatrici, nonché medici odontoiatrici non facenti parte delle **Strutture Convenzionate MyAssistance**.

## T

### Tentativo Obbligatorio di Mediazione

Procedura disciplinata dall'art. 5 D.Lgs. 28/10.

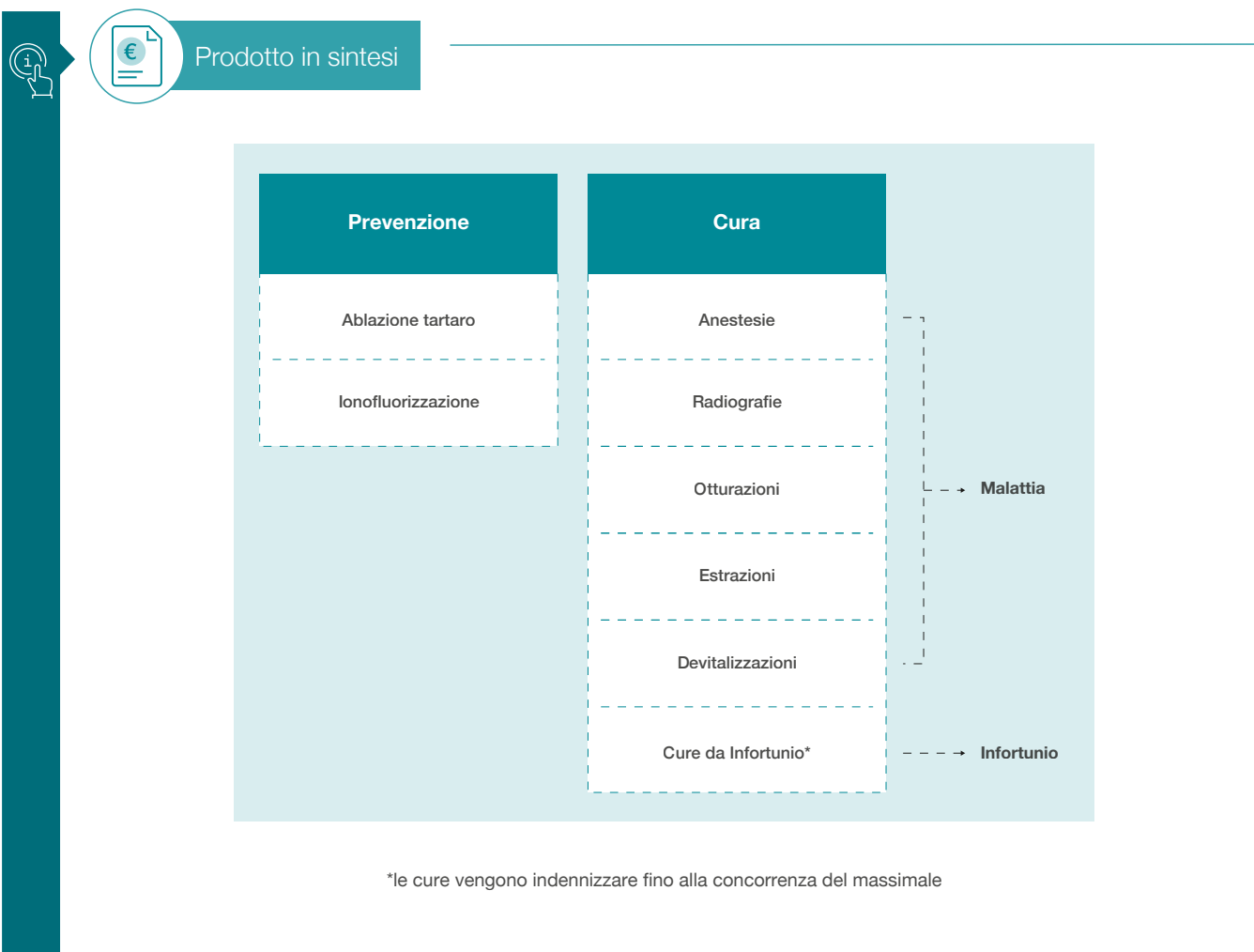
### Termini di Carenza (o Carenza)

Periodo di tempo immediatamente successivo alla **Data di Decorrenza** del **Contratto** durante il quale le coperture non sono operanti. Ciò significa che, se il **Sinistro** avviene in quel periodo di tempo o le cure odontoiatriche iniziano durante il **Termine di Carenza** e proseguono oltre lo stesso, l'**Assicurato** non ha diritto all'**Indennizzo**.



## B - Presentazione

### 1 Quadro generale



#### 1.1 A chi è rivolto

Linea Protetta Dental è la soluzione assicurativa con cui la **Compagnia** riconosce, in favore dell'**Assicurato**, nei limiti di quanto previsto dal **Contratto di Assicurazione**, in via alternativa:

- in caso di **Regime Convenzionato**, le prestazioni odontoiatriche previste in polizza, effettuate successivamente alla **Data di Decorrenza** del **Contratto** e nel periodo di validità della polizza;
- in caso di **Regime Non Convenzionato**, le spese sostenute dall'**Assicurato** successivamente alla **Data di Decorrenza** del **Contratto** e nel periodo di validità della polizza.

#### 1.2 Coperture prestate

L'**Aderente** e gli eventuali **Assicurati** individuati nel **Modulo di Adesione** (fino ad un massimo di 5 complessivi) hanno diritto di ottenere:

- prestazioni odontoiatriche di prevenzione nei limiti di quanto riportato nella tabella di cui all'art. 2.1 e per la tipologia di prestazione ivi prevista;
- prestazioni odontoiatriche rese necessarie dal verificarsi di una **Malattia** nei limiti di quanto riportato nella

tabella di cui all'art. 2.1 e per la tipologia di prestazione ivi prevista;

- prestazioni odontoiatriche rese necessarie dal verificarsi di un **Infortunio** nei limiti del **Massimale** indicato nelle presenti Condizioni di Assicurazione e comunque nel **Modulo di Adesione**.

Inoltre, la **Compagnia**, per il tramite di **MyAssistance**, mette a disposizione degli **Assicurati**, durante il periodo di validità della polizza e solo dopo il perfezionamento della stessa, la possibilità di accedere alle **Strutture Convenzionate** a tariffe agevolate per le prestazioni sanitarie non coperte dalla presente polizza.

L'elenco delle **Strutture Convenzionate** è reperibile sul sito internet [www.myassistance.it](http://www.myassistance.it).

### 1.3 Persone assicurate

Possono essere identificati come **Assicurati** fino a un massimo di 5 (cinque) persone fisiche, a seconda della scelta effettuata dall'**Aderente** in fase di sottoscrizione (la scelta sarà riportata nel **Modulo di Adesione**) ovvero in fase di successiva modifica, da parte dell'Aderente, degli Assicurati stessi.

Tutte le persone assicurate devono avere la **Residenza** in Italia.

Qualora si rendesse necessario, in occasione di uno dei successivi rinnovi annui del **Contratto**, modificare la scelta degli **Assicurati**, il **Prezzo** verrà conseguentemente adeguato.

### 1.4 Condizioni di assicurabilità

#### 1.4.1 Limiti di età

Il **Contratto** può essere sottoscritto e la copertura assicurativa è operante solo se gli **Assicurati** hanno una età minima di 6 (sei) anni compiuti e una età massima di 79 (settantanove) anni compiuti.

Qualora un **Assicurato** compia l'80° (ottantesimo) anno di età durante il **Periodo Assicurativo**, l'Assicurazione mantiene la sua validità sino alla prima scadenza annuale immediatamente successiva al raggiungimento delle età di cui sopra. Successivamente a tale scadenza, il **Contratto** di **Assicurazione** verrà rinnovato tacitamente limitatamente agli Assicurati che mantengono i requisiti di cui al primo paragrafo del presente articolo, fermo il ricalcolo del **Prezzo** sulla base del nuovo numero di **Assicurati**.

Se fosse l'**Aderente** a raggiungere l'80° anno di età, a favore dello stesso cesserà la copertura e rimarranno fermi gli obblighi relativi al **Contratto di Assicurazione** per gli altri **Assicurati**.

#### 1.4.2 Persone non assicurabili

Non sono assicurabili le persone affette da alcolismo, tossicodipendenza, infezione da H.I.V. e sindromi correlate con o senza AIDS. Non sono, altresì, assicurabili le persone aventi **Residenza** al di fuori dell'Italia.

Se in corso di **Contratto** ciascun **Assicurato** dovesse perdere uno o più dei requisiti sopraindicati o dovesse risultare affetto da una delle patologie indicate al paragrafo precedente, l'**Aderente** dovrà darne tempestiva comunicazione alla **Compagnia** utilizzando i recapiti presenti nella sezione "Contatti" in calce al presente documento, per le necessarie modifiche al **Contratto**.

### 1.5 Estensione territoriale

Le coperture assicurative valgono per il mondo intero a condizione che il soggiorno all'estero non si protragga per oltre 90 giorni.

La Repubblica di San Marino e la Città del Vaticano sono da intendersi appartenenti al territorio Italiano.

Per le spese sostenute all'estero, i **Rimborsi** vengono effettuati in Italia, al cambio medio della settimana in cui la spesa è stata sostenuta dall'**Assicurato**, ricavato dalle rilevazioni della Banca Centrale Europea (BCE).

## 1.6 Termini di Carenza

Le coperture sono operanti, salvo le esclusioni elencate all'articolo 1.7 che segue, per:

- le prestazioni di prevenzione e le prestazioni rese necessarie dal verificarsi di una **Malattia**: dal 60° (sessantesimo) giorno successivo alla **Data di Decorrenza del Contratto di Assicurazione**;
- le prestazioni rese necessarie dal verificarsi di un **Infortunio**: dalle ore 24:00 della **Data di Decorrenza del Contratto di Assicurazione**.

Qualora in occasione dei rinnovi annuali del **Contratto** l'**Aderente** volesse includere nuovi **Assicurati** o modificare gli **Assicurati** precedentemente indicati, i **Termini di Carenza** sopra descritti verranno calcolati dalle ore 24:00 del giorno di sottoscrizione dell'appendice di polizza che la **Compagnia** sottoporrà all'**Aderente** per l'inclusione dei nuovi assicurati.

## 1.7 Esclusioni

Sono esclusi dalle coperture di seguito descritte:

- tutte le prestazioni e i trattamenti iniziati e non ancora conclusi prima della **Data di Decorrenza**;
- le prestazioni rese necessarie da Infortunio verificatosi antecedentemente la **Data di Decorrenza dell'Assicurazione**;
- le prestazioni effettuate successivamente alla data di scadenza o di anticipata cessazione del **Contratto**, per qualsiasi motivo, anche se la **Malattia** si è manifestata e l'**Infortunio** è avvenuto durante il periodo di validità del **Contratto**;
- tutte le prestazioni rese necessarie da **Malattia** non comprese nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (articolo 2.1);
- le spese sostenute presso strutture non autorizzate ai sensi di legge o gli onorari di medici non iscritti all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri e/o privi di abilitazione professionale;
- gli **Infortuni** derivanti dalla pratica dei seguenti sport: salto dal trampolino con gli sci o idrosci, sci acrobatico, bob, rugby, immersioni con autorespiratore, football americano, pugilato o altri sport per i quali è previsto l'utilizzo al 3° grado della scala francese, speleologia, sport aerei (ivi compresi voli con deltaplano, ultraleggeri e simili), rafting, canoa fluviale, guidoslitta, kitesurf, snowkite, arrampicata libera (freeclimbing), discesa con skeleton, bob, tuffi controllati da corde elastiche (bungee jumping), football americano, hockey a rotelle e su ghiaccio, sport comportanti l'uso di veicoli e natanti a motore, mountain bike e "downhill" nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti;
- le prestazioni eseguite esclusivamente a scopo estetico;
- le estrazioni di denti decidui (da latte);
- gli **Infortuni** sofferti in stato di ubriachezza o ebbrezza alla guida di veicoli in genere (come definito dal Codice della Strada), o in conseguenza di proprie azioni delittuose;
- gli Infortuni, le patologie e le intossicazioni conseguenti ad alcolismo, ad abuso di psicofarmaci, all'uso di stupefacenti (salvo la somministrazione terapeutica), o allucinogeni;
- le conseguenze di guerra, insurrezioni, tumulti popolari, aggressioni o di atti violenti che abbiano movente politico o sociale a cui l'**Assicurato** abbia preso parte volontariamente, nonché di qualsiasi atto di terrorismo;
- controlli di routine e/o prevenzione, salvo quanto previsto dalle prestazioni indicate nella Tabella Prestazioni Odontoiatriche Assicurate all'art. 2.1, sezione prevenzione;
- le conseguenze di movimenti tellurici, eruzioni vulcaniche, inondazioni, alluvioni e maremoti;
- gli **Infortuni** derivanti dalla pratica di **Sport Professionistici**, nonché da gare professionistiche e relative prove ed allenamenti.

## C - Oggetto del Contratto

### 2 Garanzia Prevenzione e Cure Dentarie

La copertura prevista dalla presente sezione è sempre attiva, come indicato nel **Modulo di Adesione**, ed è valida solo se corrisposta la relativa parte di **Prezzo**.

Questa garanzia riconosce le spese per prestazioni odontoiatriche, effettuate dopo la **Data di Decorrenza** della polizza e durante il periodo di validità della stessa ed erogate in corso contratto per prevenzione, **Malattia** o Infortunio, fermi i **Termini di Carenza** di cui all'articolo 1.6.

Le cure odontoiatriche sono suddivise in:

- prevenzione: la **Compagnia** provvede al pagamento delle spese relative alle prestazioni di prevenzione dentale che dovranno essere effettuate in un'unica soluzione e nei limiti indicati nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (articolo 2.1).
- Cure odontoiatriche da **malattia**: la **Compagnia** provvede al pagamento delle spese relative alle cure dentarie di 1° Livello rese necessarie da **Malattia**, entro i limiti indicati per ogni prestazione nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (articolo 2.1).
- cure odontoiatriche da **Infortunio**: la **Compagnia** provvede al pagamento delle spese relative alle cure rese necessarie da **Infortunio** entro il **Massimale** di 1.500€ per **Periodo Assicurativo** e per singolo **Assicurato**.

La **Compagnia** garantisce all'**Assicurato** le prestazioni di Prevenzione, nonché le cure di 1° livello sia presso **Strutture Convenzionate**, attivando preventivamente il **Regime Convenzionato**, sia presso **Strutture non Convenzionate**.

Le prestazioni usufruite presso le **Strutture Convenzionate**, attivando il **Regime Convenzionato**, sono a totale carico della **Compagnia**.

Nel caso in cui l'**Assicurato** optasse per le **Strutture non Convenzionate**, l'importo massimo riconosciuto dalla **Compagnia** non potrà essere superiore all'importo presente nella colonna "Tariffa" della tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (articolo 2.1).

Nel caso di utilizzo del **SSN** è previsto il **Rimborso** al 100% del ticket, fermo i limiti indicati nella colonna "Tariffa" della tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (articolo 2.1).

### 2.1 Tabella “Prestazioni Odontoiatriche Assicurate”

I limiti di **Indennizzo** (colonna “tariffa”), la numerosità delle prestazioni e il **Massimale**, indicati nella tabella sottostante, si intendono applicati per singolo **Assicurato** e per **Periodo Assicurativo**.

Codice	Tipo di prestazione	Tariffa	Numerosità prestazioni
<b>Prevenzione</b>			
MA09	Ablazione tartaro su tutto il complesso tramite ultrasuoni oppure tramite curettaggio manuale superficiale; lezione per il mantenimento dell'igiene orale	45,00 €	1 ogni 12 mesi in un'unica soluzione
MA12	Ionofluorizzazione: Applicazione topica fluoro o lucidatura (per elemento)	20,00 €	
Codice	Tipo di prestazione	Tariffa	Numerosità prestazioni
<b>Malattia - Cure 1° Livello</b>			
MA01	Anestesia locale per elemento dentale (o porzione)	22,00 €	Se necessaria per prestazioni coperte in Polizza
MA02	Radiografia endorale per due elementi vicini	22,00 €	2 ogni 12 mesi (se non già compresa nella prestazione)
MA13	Otturazione per carie semplice - Cavità di I e V Classe di Black	40,00 €	2 ogni 12 mesi
MA14	Otturazione per carie profonde - Cavità di II Classe Black due pareti	70,00 €	
MA15	Otturazione per carie profonde - Cavità di III Classe	70,00 €	
MA16	Otturazione per carie profonde - Cavità di IV Classe	85,00 €	
MA17	Cavità di II Classe Black tre pareti	85,00 €	

<b>MA31</b>	Estrazione semplice di dente o radice	30,00 €	2 ogni 12 mesi
<b>MA32</b>	Estrazione complicata di dente o radice	45,00 €	
<b>MA33</b>	Estrazione in inclusione ossea parziale	85,00 €	
<b>MA34</b>	Estrazione in inclusione ossea totale	151,00 €	
<b>MA54</b>	Devitalizzazione Monocanalare Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per un canale	€ 70,00	2 ogni 12 mesi (prestazione comprovata da RX)
<b>MA55</b>	Devitalizzazione Bicanalare: Apertura camera pulpare + rimozione polpa e strumentazione canale + otturazione canalare per due canali	€ 110,00	
Codice	Tipo di prestazione	Tariffa	Massimale annuo per persona
<b>Infortunio</b>			
--	Cure rese necessarie da Infortunio		€ 1.500 Rimborso al 100%

A titolo esemplificativo si riportano di seguito alcune casistiche che dettagliano il funzionamento della copertura.



#### Esempio di otturazione dovuta a carie semplice

##### **Caso 1 – Prestazione in regime convenzionato (previa autorizzazione al Pagamento Diretto)**

Spese a carico del Cliente = € 0,00

##### **Caso 2 – Prestazione in regime NON convenzionato**

Costo dell'Anestesia locale prevista per eseguire la prestazione = quanto richiesto dal proprio dentista

Costo dell'Otturazione = quanto richiesto dal proprio dentista

Spese a carico del Cliente = quanto dovuto in fattura

Indennizzo per Otturazione = € 40,00 (come da tariffa della tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" - articolo 2.1)

Indennizzo per Anestesia = € 22,00 (come da tariffa della tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" - articolo 2.1)

Indennizzo totale = €62,00



Esempio di ricostruzione di un dente a seguito di una caduta (*prestazione resa necessaria da Infortunio*)

Costo della ricostruzione = € 1.000,00

Massimale per Infortunio: € 1.500,00

Indennizzo = € 1.000,00

Spese a carico del Cliente = € 0,00

Massimale residuo a disposizione del Cliente = € 500,00

## 2.2 Esclusioni

Si applicano, in ogni caso, le esclusioni previste all'art. 1.7.



## D - Il Contratto dalla A alla Z

### 3 Modalità di adesione

L'adesione al **Contratto** di **Assicurazione** può avvenire con la sottoscrizione del **Modulo di Adesione** presso i locali del **Contraente**, tramite **Offerta Fuori Sede** o mediante tecniche di comunicazione a distanza.

Il **Modulo di Adesione** può essere sottoscritto tramite firma autografa o con **Firma Elettronica Avanzata**.

All'**Aderente** verrà fornita ogni informazione dovuta ai sensi di legge prima dell'adesione e il medesimo **Aderente** riceverà il **Set Informativo** secondo le tempistiche e modalità stabilite dalla legge applicabile, prendendone conoscenza.

### 4 Dichiarazioni dell'Aderente e dell'Assicurato

#### 4.1 Dichiarazioni sulle caratteristiche del Rischio assicurato

L'**Aderente/Assicurato** ha l'obbligo di fornire dichiarazioni esatte e non reticenti, evitando di fornire risposte false o inesatte a domande della **Compagnia** o tacere, anche in assenza di esplicita domanda della **Compagnia**, su circostanze rilevanti per la determinazione del **Rischio** e che quindi avrebbero comportato il rifiuto della **Compagnia** a stipulare il **Contratto**, l'applicazione di un **Prezzo** maggiore o di condizioni contrattuali diverse.

Dichiarazioni inesatte o reticenti possono comportare la perdita totale o parziale del diritto agli **Indennizzi** e ai **Rimborsi**, nonché la stessa cessazione dell'Assicurazione ai sensi degli articoli 1892, 1893, 1894 del Codice Civile. In particolare, dichiarazioni inesatte o reticenze, in caso di dolo o colpa grave, sono causa di annullamento del **Contratto**, altrimenti possono consentire il **Recesso** della **Compagnia**.

Quanto previsto al presente articolo vale con particolare riferimento a quanto normato agli Articoli 1.3 "Persone assicurabili" e 1.4 "Condizioni di assicurabilità" delle presenti condizioni di assicurazione.

#### 4.2 Obbligo di aggiornamento delle dichiarazioni

L'**Aderente/Assicurato** deve comunicare tempestivamente ogni cambiamento delle situazioni descritte nei paragrafi precedenti ed è responsabile di ogni danno causato alla Compagnia in caso di mancato adempimento o ritardo.

In caso di aggravamento del **Rischio**, la **Compagnia** può recedere dal **Contratto** con effetto immediato.

### 5 Pagamento del Prezzo

Il **Prezzo** da corrispondere è indicato sul **Modulo di Adesione**.

#### 5.1 Periodicità di pagamento del Prezzo

Il **Prezzo** è corrisposto in rate mensili senza interessi di frazionamento. Salvo quanto previsto dall'art. 5.2, il primo addebito sarà effettuato entro 10 (dieci) giorni lavorativi dalla **Data di Decorrenza**.

#### 5.2 Modalità di pagamento del Prezzo

Il **Prezzo** può essere corrisposto esclusivamente mediante Addebito in Conto Corrente (SDD - SEPA Direct Debit) ed è versato alla **Compagnia** per il tramite del **Contraente**.

L'addebito di ciascuna rata di **Prezzo** verrà effettuato automaticamente il giorno della scadenza mensile decorrente mese per mese dalla **Data di Decorrenza**. Tale previsione si applica anche in caso di ogni successivo rinnovo.

In caso di mancato buon fine dell'addebito, si applica il disposto dell'art. 7.2 Sospensione della copertura.

## 6 Decorrenza e durata della copertura

### 6.1 Data di Decorrenza della copertura

L'**Assicurazione** ha effetto dalle ore 24 della **Data di Decorrenza** del **Contratto** indicata nel **Modulo di Adesione**.

### 6.2 Durata del contratto e disdetta

L'**Assicurazione** ha durata di un anno a partire dalla **Data di Decorrenza** e si rinnova tacitamente di anno in anno per analogo periodo, salvo disdetta dell'**Aderente** o della **Compagnia**.

Pertanto, **in mancanza di disdetta comunicata all'altra parte telefonicamente o mediante lettera raccomandata da inviarsi almeno 30 giorni prima della scadenza, il Contratto di Assicurazione è prorogato per un ulteriore Periodo Assicurativo** e così successivamente. Il **Contratto** non si rinnoverà tacitamente alla scadenza se l'**Aderente** e/o l'**Assicurato** raggiungono il limite massimo di età assicurabile di 80 anni nel corso della validità del **Periodo Assicurato** oggetto di rinnovo.

L'**Aderente** che intenda impedire il rinnovo tacito del **Contratto**, dovrà dare comunicazione a mezzo e-mail all'indirizzo clienti@agosducato.it, o telefonica al numero 800.991.840, o mediante raccomandata da inviare a Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A. tramite Agos Ducato S.p.A. Back Office - Viale Fulvio Testi 280, Milano, 20126. In alternativa alla disdetta, se viene accertato l'andamento tecnico negativo del prodotto assicurativo a seguito della valutazione dei dati statistici di riferimento, la **Compagnia** può proporre all'**Aderente** una variazione delle condizioni tariffarie e/o contrattuali precedentemente convenute. In tal caso, sarà onere della **Compagnia** inoltrare, direttamente o per il tramite del **Contraente**, comunicazione scritta all'**Aderente** almeno 60 (sessanta) giorni prima di ciascuna scadenza annuale, a mezzo lettera raccomandata, riportante le nuove condizioni di rinnovo e/o il **Prezzo** di rinnovo proposti. Resta comunque fermo il diritto dell'**Aderente** di inoltrare disdetta almeno 30 (trenta) giorni prima della scadenza annua. In tal caso, l'**Assicurazione** cesserà dalla fine del **Periodo Assicurativo** in corso e l'**Aderente** non dovrà pagare più nulla per gli anni successivi.

Se l'**Aderente** non inoltra la disdetta entro il termine indicato, il **Contratto di Assicurazione** si intende rinnovato tacitamente alle nuove condizioni comunicate dalla **Compagnia**.

## 7 Diritto di Recesso, Sospensione della copertura e Diritto di Cessazione

### 7.1 Diritto di Recesso

Il **diritto di recesso di 14 giorni al quale l'Aderente**, in caso di vendita a distanza, **avrebbe diritto** a condizione che non abbia denunciato alcun **Sinistro**, viene esteso dalla **Compagnia** a 60 giorni dalla **Data di Decorrenza** del **Contratto** o dalla ricezione della documentazione pre-contrattuale, se successiva, indipendentemente dalla modalità di conclusione del **Contratto** (in filiale, fuori sede e a distanza).

L'**Aderente** dovrà dare comunicazione scritta della propria volontà di recedere dal presente contratto a mezzo lettera raccomandata a.r., da inviarsi a Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A. tramite Agos Ducato S.p.A. Back Office - Viale Fulvio Testi 280, Milano, 20126., ovvero a mezzo email all'indirizzo email clienti@agosducato.it, ovvero telefonicamente al numero 800.991.840. La **Compagnia** provvederà a rimborsare all'**Aderente**, entro 30 giorni dal ricevimento della comunicazione di **Recesso**, la parte di **Prezzo** corrisposto al netto delle imposte.

### 7.2 Sospensione della copertura

Se l'**Aderente** non corrisponde la prima rata di **Prezzo**, la copertura resta sospesa dalle ore 24 della data di tentato addebito fino alle ore 24 del giorno di pagamento di quanto dovuto.

Se l'**Aderente** non corrisponde alle scadenze convenute le rate di **Prezzo** successive alla prima, la copertura resta sospesa dalle ore 24.00 del 15° giorno successivo a quello della scadenza e riprende vigore dalle ore 24.00 del giorno di pagamento di quanto dovuto.

Restano ferme le successive scadenze ed il diritto della **Compagnia** al pagamento delle rate di **Prezzo** dovute.

Il **Contratto** si risolve di diritto se la **Compagnia** non agisce per la riscossione nel termine di sei mesi, ridotto a tre mesi in caso di pagamento mensile, dal giorno in cui il **Prezzo** o la rata sono scaduti, fermi il diritto al **Prezzo** in corso.

### 7.3 Diritto di Cessazione

L'**Aderente** ha facoltà di chiedere la cessazione del **Contratto in qualsiasi momento successivamente al decorso del centottantesimo giorno dalla Data di Decorrenza del Contratto**.

In questo caso la copertura cesserà alla scadenza del mese a cui si riferisce l'ultima rata di Prezzo corrisposta, e la copertura cesserà alla scadenza dell'ultima rata pagata e sarà sospeso l'addebito delle rate successive.

Tale facoltà può essere esercitata, inviando analogo comunicazione come indicato al precedente art. 7.1.

## 8 Cessazione dal Contratto

Il **Contratto di Assicurazione** cessa:

- in caso di **Recesso** dell'**Aderente** secondo le modalità descritte all'art. 7.1;
- in caso di disdetta da parte della **Compagnia** o dell'**Aderente** comunicata almeno 30 giorni prima della scadenza annuale;
- in caso di annullo per sopravvenute condizioni di non assicurabilità anche solo di un **Assicurato** e limitatamente solo al singolo **Assicurato**, a norma dell'art. 1.4 Condizioni di assicurabilità;
- in caso di esercizio del diritto di cessazione da parte dell'**Aderente** a norma dell'art. 7.3.

Il **Contratto di Assicurazione** può essere risolto dalla **Compagnia** in caso di:

- mancato pagamento da parte dell'**Aderente** delle rate di **Prezzo** per tre mesi consecutivi.
- perdita dei requisiti di assicurabilità di cui all'articolo 1.4 "Condizioni di assicurabilità";
- dichiarazioni inesatte o reticenti come da articolo 4.1 "Dichiarazioni sulle caratteristiche del Rischio assicurato".

## 9 Assicurazione presso più assicuratori

L'**Aderente/Assicurato** è esonerato dall'obbligo di comunicare per iscritto alla **Compagnia** l'esistenza o la successiva stipulazione di altre assicurazioni per lo stesso **Rischio**.

In caso di **Sinistro**, l'**Aderente/Assicurato** deve darne avviso a tutti gli assicuratori, indicando a ciascuno il nome degli altri, ai sensi dell'art. 1910 del Codice Civile.

Se a seguito della denuncia si attiva un'altra impresa assicuratrice, la **Compagnia** rimborserà all'**Assicurato** gli eventuali maggiori costi a lui addebitati dall'impresa assicuratrice che ha erogato la prestazione.

## 10 Antiterrorismo e Sanzioni Internazionali

La **Compagnia**, in qualità di entità soggetta a controllo e coordinamento di Crédit Agricole Assurances S.A., facente parte del Gruppo Crédit Agricole S.A. (CA.S.A.), si impegna a rispettare le norme legislative e le regole previste dal regime delle **Sanzioni Internazionali** definito da misure restrittive che impongono sanzioni di natura economica o finanziaria (incluse le sanzioni o misure relative ad **Embargo** o **Asset Freeze**) volte a contrastare l'attività di Stati, individui o organizzazioni che minacciano la pace e la sicurezza internazionale. Tali misure sono emesse, amministrate o rafforzate dal Consiglio di Sicurezza delle Nazioni Unite, dall'Unione Europea, dalla Francia, dagli Stati Uniti d'America (incluso in particolare l'Office of Foreign Assets (OFAC) e il Dipartimento di Stato) o da altre Autorità competenti. In osservanza alle direttive di CA.S.A., nessun pagamento può essere effettuato nell'esecuzione del presente Contratto assicurativo se tale pagamento viola le suddette misure.

## 11 Imposte e tasse

Tutte le imposte e tasse relative al **Contratto** sono a carico dell'**Aderente**.

## 12 Legge applicabile

Il **Contratto** è regolato dalla legge italiana. Oltre alle previsioni contenute nel **Contratto**, trovano pertanto applicazione anche le norme di legge.

## 13 Foro competente

Il foro competente per le controversie relative al **Contratto** è quello del luogo di residenza o di domicilio elettivo dell'**Assicurato** o **Aderente**.

## 14 Obblighi e diritti derivanti dal Contratto

Il **Contratto** rappresenta l'intero accordo raggiunto tra l'**Aderente** e la **Compagnia**. Tutte le modifiche al **Contratto** devono risultare da atto scritto e firmato dalle parti.

## 15 Forma delle comunicazioni tra le parti

Tutte le comunicazioni fra le parti, per essere valide, dovranno essere effettuate esclusivamente, ove non diversamente previsto, con lettera raccomandata o posta elettronica; per quanto riguarda l'**Aderente** agli indirizzi e recapiti indicati nel **Modulo di Adesione**.

## E - Cosa fare in caso di Sinistro

### 16 Disposizioni

#### 16.1 Denuncia del Sinistro alla Compagnia

L'**Assicurato** deve denunciare l'evento assicurato entro 15 giorni dalla data del **Sinistro** o da quando ne ha avuto possibilità.

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

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

Per denunciare l'evento o chiedere l'autorizzazione della **Centrale Organizzativa** all'utilizzo delle **Strutture Convenzionate**, può contattare la **Centrale Organizzativa** dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 18.00 dei giorni feriali ai seguenti recapiti:

- numero verde 800.088.292 (solo dal l'Italia),
- oppure da cellulare o dall'estero numero +39 02.87.31.01.99
- oppure, se non potesse telefonare, può inviare un fax al numero +39 02 00 64 0370
- oppure una e-mail a salute@ca-assicurazioni.it o una PEC a salute.ca@legalmail.it

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

Eventuale documentazione compilata in lingua diversa dall'Italiano (Inglese, Francese e Spagnolo) dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, gli eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'**Assicurato**.

L'**Assicurato**, i suoi familiari o i suoi aventi diritto devono consentire la visita di medici della **Compagnia** e qualsiasi indagine o accertamento che questa ritenga necessari, a tal fine sciogliendo dal segreto professionale i medici che hanno visitato e curato l'**Assicurato** stesso.

Si precisa che, il termine di prescrizione dei diritti relativi alla presente **Polizza** è di due anni dal giorno in cui si è verificato il fatto su cui il diritto si fonda, ai sensi dell'Art. 2952 del Codice Civile.

L'**Assicurato** ha la facoltà di scegliere se usufruire del **Regime Convenzionato** oppure del **Regime non Convenzionato**.

##### 16.1.1 Regime Convenzionato

Qualora l'**Assicurato** decida di usufruire del **Regime Convenzionato** deve chiedere specifica autorizzazione alla **Centrale Organizzativa**.

Il **Regime Convenzionato** è operante a condizione che l'**Assicurato** si avvalga delle **Strutture Convenzionate** con **MyAssistance** e abbia richiesto a quest'ultima, con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi, l'autorizzazione alla fruizione del suddetto regime.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di reale e comprovata urgenza, che comunque dovranno essere comunicati nel più breve tempo possibile.

La **Centrale Organizzativa**, verificata l'ammissibilità della richiesta, provvederà ad autorizzare la **Struttura Convenzionata** ad erogare le prestazioni concordate, dandone conferma all'**Assicurato** via e-mail.

La preventiva attivazione della **Centrale Organizzativa** e la successiva conferma dell'erogazione delle prestazioni sono condizioni essenziali per l'operatività della procedura di **Regime Convenzionato**. In mancanza delle autorizzazioni di cui sopra, la **Compagnia** rimborserà la spesa sostenuta dall'**Assicurato** applicando le regole del **Regime Non convenzionato**.

Le **Strutture Convenzionate** odontoiatriche sono presenti nel solo territorio italiano.

Qualora l'**Assicurato** utilizzasse una **Struttura Convenzionata** senza richiedere preventivamente l'autorizzazione alla fruizione del **Regime Convenzionato**, la **Compagnia** rimborserà la spesa sostenuta dall'**Assicurato** entro i limiti previsti nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (articolo 2.1).

### 16.1.2 Regime non Convenzionato

Qualora invece l'**Assicurato** decida di usufruire del **Regime Non Convenzionato** facendo, quindi, ricorso a **Strutture non Convenzionate**, per ottenere il **Rimborso** delle spese sostenute dovrà denunciare il **Sinistro** alla **Centrale Organizzativa** entro 15 giorni dalla data dello stesso o da quando ne ha avuto la possibilità, secondo le modalità indicate all'art. 16.1.

In caso di cure dentarie effettuate all'estero si riterrà operante il **Regime Non Convenzionato**; conseguentemente l'**Assicurato** sarà tenuto a denunciare il sinistro secondo le tempistiche e le modalità indicate nel presente articolo. La **Compagnia** rimborserà la spesa sostenuta dall'**Assicurato** entro i limiti previsti nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" di cui all'art. 2.1.

## 16.2 Gestione del Sinistro

Il **Pagamento Diretto** che la **Compagnia** effettuerà alle **Strutture Convenzionate** solleverà la **Compagnia** stessa da qualsivoglia responsabilità nei confronti delle medesime strutture 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 **Compagnia** abbia già corrisposto.

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

In caso, invece, di **Regime Non Convenzionato** la richiesta di **Rimborso** viene gestita dalla **Centrale Organizzativa** entro 3 giorni lavorativi dalla data di arrivo della documentazione completa di cui all'art. 16.4.2 da parte dell'**Assicurato**.

La documentazione deve essere intestata all'**Assicurato** e il **Rimborso** avviene in favore dell'**Assicurato**. In caso di **Assicurato** minore di anni diciotto, il **Rimborso** verrà effettuato in favore di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne fa le veci.

Il **Rimborso** viene sempre effettuato a cura ultimata in Euro.

Tutte le prestazioni assicurate devono essere effettuate da medico dentista iscritto all'Albo dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, nonché fatturate da centri e studi odontoiatrici, medici odontoiatrici. Al fine della valutazione del **Sinistro**, la **Compagnia**, per il tramite della **Centrale Organizzativa**, si riserva la facoltà di richiedere ulteriore documentazione medica o esiti di esami strumentali qualora lo ritenga necessario.

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

### 16.3 Modalità di erogazione delle prestazioni

L'**Assicurato** può usufruire dei seguenti regimi di erogazione delle prestazioni:

**Regime Convenzionato:** la **Compagnia** paga le spese sanitarie alla **Struttura Convenzionata**. Restano a carico dell'**Assicurato** eventuali somme eccedenti i **Massimali** previsti in polizza e i limiti di Indennizzo presenti nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (articolo 2.1), nonché ogni altra spesa non coperta dal presente **Contratto** e non autorizzata.

**Regime Non Convenzionato:** l'**Assicurato** anticipa il pagamento delle spese sanitarie e ne richiede a cura ultimata il **Rimborso** alla **Compagnia**. Il **Rimborso** non potrà eccedere il **Massimale** previsto in polizza e i limiti d'**Indennizzo** (colonna "Tariffa" della tabella presente all'art. 2.1), nonché ogni altra spesa non coperta dal presente **Contratto**.

In caso di utilizzo di **Strutture Non Convenzionate** o di **Strutture Convenzionate** senza l'attivazione però del **Regime Convenzionato**, la **Compagnia** provvede al pagamento, in favore dell'**Assicurato**, dell'**Indennizzo** entro 30 giorni dalla data di ricezione di tutta la documentazione completa e se, a seguito dell'Istruttoria, il **Sinistro** è risultato indennizzabile.

Il diritto all'**Indennizzo** è di carattere personale.

Tuttavia se l'**Assicurato** muore prima che l'**Indennizzo** sia stato erogato, la **Compagnia** pagherà direttamente agli eredi legittimi l'importo dovuto ai sensi del **Contratto**, se questi dimostrano, consegnando alla **Compagnia** l'idonea documentazione medica (es. referti, cartelle cliniche, certificazione INPS, INAIL o altre tipologie di certificazioni ospedaliere o del medico di famiglia), il diritto all'**Indennizzo**.

## 16.4 Modalità e documentazione da inviare per la denuncia del sinistro

### 16.4.1 Regime Convenzionato

L'**Assicurato**, utilizzando le **Strutture Convenzionate**, ha l'obbligo di contattare telefonicamente e di richiedere preventivamente l'autorizzazione al **Regime Diretto** a **MyAssistance** così come indicato all'art. 16.1, con un preavviso di almeno 2 giorni lavorativi. **MyAssistance** prenoterà per conto dell'**Assicurato** l'appuntamento per la prima visita presso la **Struttura Convenzionata** scelta dall'**Assicurato**.

### 16.4.2 Regime Non Convenzionato

Al fine di avanzare la richiesta di **Rimborso**, a cure ultimate, l'**Assicurato** dovrà inviare alla **Centrale Organizzativa** utilizzando i canali comunicati da quest'ultima, la richiesta di **Rimborso** completa di:

- copia delle fatture inerenti la prestazione valide ai fini fiscali, con dettaglio della singola prestazione effettuata, relativo costo e data in cui le singole prestazioni sono state eseguite;
- evidenze cliniche (radiografie, ecc.), ove richieste nella tabella "Prestazioni Odontoiatriche Assicurate" (articolo 2.1),
- in caso di prestazioni rese necessarie da **Infortunio**, referto del Pronto Soccorso o altra documentazione che documenti oggettivamente l'**Infortunio** (es. OPT, radiografie).

## 16.5 Responsabilità

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

Pertanto, l'**Assicurato** prende atto che, per qualsiasi controversia relativa alle prestazioni professionali effettuate, dovrà rivolgere esclusivamente le proprie pretese nei confronti delle strutture sanitarie (Centri e Studio odontoiatrici etc.) e dei medici che hanno prestato i servizi richiesti.

## 16.6 Restituzione delle somme indebitamente pagate

In caso di autorizzazione al **Pagamento Diretto**, qualora si dovesse accertare successivamente la non validità del **Contratto di Assicurazione** o la sussistenza di condizioni o elementi che determinano l'inoperatività della garanzia o l'inefficacia dell'**Assicurazione**, la **Compagnia** ne darà comunicazione scritta all'**Assicurato**, il quale dovrà restituire alla **Compagnia** stessa tutte le somme da questa indebitamente versate alle **Strutture Convenzionate** se già saldate, oppure dovrà corrispondere direttamente alle strutture le somme dovute per le prestazioni odontoiatriche effettuate presso di queste.

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



## 16.7 Mediazione

Le parti concordano che nel caso di adesione alla procedura relativa al **Tentativo Obbligatorio di Mediazione** ex art. 5 D.Lgs. 28/2010, questa dovrà essere esperita, anche per via telematica, ai sensi dell'art. 141, I comma del Codice del Consumo per il tramite dell'Organismo di Mediazione costituito presso la Camera di Commercio, Industria, Artigianato, Agricoltura o dell'Ordine degli Avvocati presente in ogni capoluogo di Provincia.

## 16.8 Cooperazione

L'Assicurato dovrà comunque cooperare in buona fede nella fase di liquidazione del Sinistro, facilitando gli accertamenti che la Compagnia decidesse di compiere e sciogliendo dall'eventuale segreto professionale, se necessario, gli incaricati delle relative attività.

L'inadempimento degli obblighi relativi alla denuncia del Sinistro può comportare la perdita totale o parziale del diritto all'Indennizzo, ai sensi dell'art. 1915 del Codice Civile.

## 16.9 Rinuncia al Diritto di Rivalsa

La **Compagnia** rinuncia, a favore dell'**Assicurato** o dei suoi aventi causa, al diritto di Rivalsa previsto dall'art. 1916 del Codice Civile verso i terzi responsabili dell'**Infortunio** o della **Malattia**.

## 17 Collegio medico

### 17.1 Controversie mediche

Se ci sono controversie mediche su:

- a) natura dell'evento
- b) misura dell'indennità da corrispondere all'**Assicurato**
- c) criteri di liquidazione contrattualmente stabiliti

le parti potranno concordare di conferire per iscritto un apposito mandato irrevocabile per la decisione di tali questioni ad un Collegio di tre medici.

### 17.2 Nomina e residenza del Collegio

I membri del Collegio sono nominati uno per parte ed il terzo di comune accordo fra le parti ovvero fra i medici di rispettiva nomina. In caso di disaccordo la nomina del terzo medico potrà essere richiesta dalla parte più diligente, al Presidente del Consiglio dell'Ordine dei Medici avente sede nella città o nella provincia dove si riunisce il Collegio medico. Il Collegio medico risiede nel Comune, Sede di Istituto di Medicina Legale, più vicino al luogo di Residenza dell'Assicurato.

### 17.3 Procedura

Le decisioni del Collegio medico sono prese a maggioranza di voti, e sono vincolanti per le parti, anche se uno dei medici rifiuta di firmare il relativo verbale. Le parti rinunciano fin d'ora a qualsiasi impugnativa salvo i casi di violenza, dolo, errore o violazione dei patti contrattuali.

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

### 17.4 Spese

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

I nostri specialisti sono a Sua disposizione per qualunque informazione e La potranno aiutare in qualsiasi momento. Potrà facilmente raggiungerli ai seguenti recapiti: da lunedì al venerdì dalle 9:00 alle 18:00 dei giorni feriali

### PER **DENUNCIARE** O AVERE **INFORMAZIONI** SU UN **SINISTRO**

#### **MyAssistance S.r.l.**

Via Raimondo Montecuccoli 20/1 - 20147 Milano

**Numero: 800 088 292** - dall'estero +39 02 87 31 01 99

dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 17.30

Fax: +39 02 00 64 0370

mail: [salute@ca-assicurazioni.it](mailto:salute@ca-assicurazioni.it)

mail PEC: [salute.ca@legalmail.it](mailto:salute.ca@legalmail.it)

L'Assicurato può verificare l'elenco delle strutture Convenzionate accedendo:

- **alla propria area web riservata raggiungibile all'indirizzo <https://app.myassistance.eu>**
- **tramite App dedicata di MyAssistance**

### PER **RECLAMI** RIGUARDANTI IL RAPPORTO CONTRATTUALE O LA GESTIONE DEI **SINISTRI**

#### **UFFICIO RECLAMI**

Corso di Porta Vigentina, 9 - 20122 Milano

Telefax: +39 02 88 21 83 313

mail per reclami: [reclami@ca-assicurazioni.it](mailto:reclami@ca-assicurazioni.it)

In caso di insoddisfazione dell'esito dell'annuncio o in caso di assenza di riscontro nel termine di 45 giorni, potrai rivolgerti all'IVASS, Servizio Tutela dei Consumatori, Via del Quirinale 21, 00187 Roma - Fax: 06 42 133 206 - [tutela.consumatore@pec.ivass.it](mailto:tutela.consumatore@pec.ivass.it) - [www.ivass.it](http://www.ivass.it).

### PER **INFORMAZIONI** DI CARATTERE GENERALE

mail: [info@ca-assicurazioni.it](mailto:info@ca-assicurazioni.it) - posta PEC: [info.ca-assicurazioni@legalmail.it](mailto:info.ca-assicurazioni@legalmail.it)

**ATTENZIONE:** questi indirizzi mail possono essere utilizzati solo per **INFORMAZIONI** di **CARATTERE GENERALE**; **NON SONO VALIDI** per comunicazioni relative a contratti già in essere, per impartire disposizioni e per denunciare Sinistri: in tali casi si deve contattare gli Uffici dedicati sopra indicati.

### PER VARIAZIONI, INFORMAZIONI E COMUNICAZIONI RELATIVE A CONTRATTI IN ESSERE

**Posta:** Crédit Agricole Assicurazioni S.p.A. tramite Agos Ducato S.p.A. Back Office – Viale Fulvio Testi 280, 20126 Milano,

**email:** [clienti@agosducato.it](mailto:clienti@agosducato.it)



<http://www.ca-assicurazioni.it>