

Condizioni particolari dell'assicurazione delle cure Dentaire plus

DP

DPGA02-I7 – edizione 01.08.2006

Indice

Art. 1	Scopo dell'assicurazione	Art. 7	Prestazioni escluse
Art. 2	Condizioni d'affiliazione	Art. 8	Tariffa di riferimento
Art. 3	Prestazioni	Art. 9	Sviluppo dei casi
Art. 4	Diritto alle prestazioni	Art. 10	Premio
Art. 5	Profilassi	Art. 11	Riserve
Art. 6	Prestazioni all'estero	Art. 12	Trasferimento della classe

Le seguenti disposizioni sono regolate dalle condizioni generali per le assicurazioni malattia e infortunio complementari (CGC), la cui data d'edizione è indicata nella polizza d'assicurazione.

Art. 1 Scopo dell'assicurazione

1. La categoria DP (assicurazione delle cure Dentaire plus) accorda, dietro versamento di premi corrispondenti, delle prestazioni per le cure dentarie conformemente alle disposizioni delle presenti condizioni particolari.
2. Le prestazioni di questa categoria d'assicurazione sono versate in complemento a quelle dell'assicurazione obbligatoria delle cure.

Art. 2 Condizioni d'affiliazione

1. Qualsiasi persona può aderire all'assicurazione DP fino a 60 anni compiuti per le classi 1, 2 e 3. Alla classe 0 possono aderire solo le persone da 0 a 18 anni.
2. Per l'ammissione è necessario compilare un modulo rilasciato dall'assicuratore, firmato dal proponente o dal suo rappresentante legale, insieme ad un certificato redatto da un medico dentista titolare di un diploma federale o di un diploma equivalente riconosciuto in Svizzera.
3. L'assicuratore assume il costo dell'onorario del medico dentista che ha redatto il rapporto, fino ad un massimo di Fr. 75.–.

Art. 3 Prestazioni

1. L'assicurazione DP copre:
 - a. le cure d'ortopedia dento-facciale;
 - b. i trattamenti dentari effettuati da un medico dentista diplomato;
 - c. le spese di laboratorio;
 fino a concorrenza dei seguenti importi annuali:
 Classe 0: 75% dell'importo fatturato secondo tariffa, ma al massimo Fr. 15'000.– per anno civile per le prestazioni descritte nel punto a e fino a 18 anni compiuti.

Classe 1: 75% dell'importo fatturato secondo tariffa, ma al massimo Fr. 1'000.– per anno civile, per le prestazioni descritte nei punti a, b e c.

Classe 2: 75% dell'importo fatturato secondo tariffa, ma al massimo Fr. 3'000.– per anno civile; per le prestazioni descritte nei punti a, b e c.

Classe 3: 75% dell'importo fatturato secondo tariffa, ma al massimo Fr. 15'000.– per anno civile, per le prestazioni descritte nei punti a, b e c.

2. Sono rimborsati solo i trattamenti eseguiti da un fornitore di cure riconosciuto ai sensi della LAMal.
3. Le prestazioni per danni ai denti dovuti ad una malattia o ad un infortunio sono accordate fino a concorrenza dell'importo assicurato.

Art. 4 Diritto alle prestazioni

1. Per i trattamenti dentari in seguito ad infortunio avvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione il diritto alle prestazioni è immediato.
2. Per tutti gli altri trattamenti le prestazioni sono accordate dopo un periodo di attesa di tre mesi, con riserva dell'articolo 4 capoversi 1 e 3.
3. Per le classi 1 a 3, le prestazioni per interventi protesici (sostituzione dei denti, corone, perni, ponti, protesi parziali o integrali ecc.) in caso di infortunio sono concesse immediatamente dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione; negli altri casi le prestazioni sono accordate dopo 12 mesi d'affiliazione all'assicurazione DP.
4. Se disdice il contratto d'assicurazione DP, l'assicurato perde tutti i diritti acquisiti, compresi quelli per qualsiasi trattamento successivo.
5. Se le prestazioni dentarie previste dalle assicurazioni delle cure complementari SC, SB, GL, GM e GP sono in concorrenza con le prestazioni dell'assicurazione delle cure Dentaire plus (DP), quest'ultima interviene prima.

Art. 5 Profilassi

Una volta per anno civile, per le classi 1 a 3, è accordato un contributo di Fr. 75.– per un controllo dentario profilattico.

Art. 6 Prestazioni all'estero

Previa autorizzazione dell'assicuratore, i trattamenti all'estero sono rimborsati a condizione che il personale medico straniero abbia una formazione equivalente alla formazione svizzera e che i costi non superino quelli che sarebbero fatturati in Svizzera.

Art. 7 Prestazioni escluse

1. Per i denti che, al momento della stipulazione dell'assicurazione DP, mancano o sono già stati sostituiti, non c'è alcun diritto alle prestazioni per un'ulteriore sostituzione o per una modifica dei denti sostituiti, salvo in caso di infortunio verificatosi dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.
2. Le cure dentarie conseguenti ad un infortunio verificatosi prima dell'affiliazione sono escluse dall'assicurazione DP.
3. L'assicuratore si riserva il diritto di rifiutare di rimborsare i trattamenti previsti al momento della redazione della proposta d'assicurazione.
4. Per i trattamenti per i quali l'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni, l'AI, l'AMF o terzi sono tenuti a corrispondere le prestazioni, l'assicuratore non rimborsa nessuna prestazione nell'ambito dell'assicurazione DP, anche se, a causa di tali trattamenti, l'assicurato deve assumere una parte delle spese.

Art. 8 Tariffa di riferimento

Per il calcolo delle prestazioni coperte dalle presenti condizioni particolari, sono applicabili le tariffe ufficiali LAINF (nomenclatura e valore del punto).

Art. 9 Sviluppo dei casi

1. L'assicurato è debitore delle fatture del medico dentista.
2. L'assicuratore versa le prestazioni sulla base di una fattura dettagliata, tenendo conto delle posizioni coperte dall'assicurazione (secondo il tariffario della Società svizzera di odontostomatologia). Su richiesta dell'assicuratore, per casi complessi, l'assicurato deve fornire le informazioni necessarie per il calcolo delle prestazioni. In mancanza di tali indicazioni, l'assicuratore redigerà la fattura secondo una propria valutazione. Se il trattamento che è stato eseguito non figura sulla nota d'onorario, l'assicuratore non è tenuto a pagare le prestazioni.
3. Gli infortuni devono obbligatoriamente essere notificati per iscritto all'assicuratore entro sei giorni. In caso di ritardo, l'assicuratore può, unilateralmente, decidere di non versare alcuna prestazione.

Art. 10 Premio

Le classi d'età si scaglionano in gruppi di 5 anni. L'assicurato che, durante l'anno, raggiunge l'età massima della sua classe d'età, è automaticamente trasferito nella classe d'età superiore, all'inizio dell'anno civile seguente.

Art. 11 Riserve

L'assicurato può chiedere che una riserva sia tolta, presentando un certificato medico, redatto a sue spese, che attesti che i denti oggetto della riserva sono stati curati, sostituiti o estratti.

Art. 12 Trasferimento della classe

1. Per la classe 0, la copertura d'assicurazione cessa alla fine dell'anno civile durante il quale l'assicurato conclude il suo 18° anno. In questo caso, l'assicurato è automaticamente trasferito nella classe 1 dal 1° gennaio successivo alla fine della copertura nella classe 0, a condizione che non abbia già una classe 1, 2 o 3, senza applicazione del periodo di attesa previsto all'articolo 4 cpv. 2 e 3 delle presenti condizioni particolari.
2. L'assicurato può rifiutare tale trasferimento tramite lettera scritta all'assicuratore entro 10 giorni dal ricevimento della nuova polizza d'assicurazione.