

Condizioni particolari dell'assicurazione delle cure dentarie (Dentaire Plus)

DP

DPAMLI-I3 – edizione 01.09.2010

Indice

Art. 1	Scopo	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	Franchigie
Art. 6	Prestazioni all'estero	Art. 12	Riserve

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

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

Art. 2 Condizioni d'affiliazione

1. Chiunque può sottoscrivere l'assicurazione Dentaire Plus fino a 60 anni compiuti.
2. È possibile sottoscrivere, o aumentare, la copertura previa compilazione di un modulo rilasciato dall'assicuratore, firmato dal proponente o dal suo rappresentante legale, e allegando un certificato stilato da un medico dentista.
3. L'assicuratore si assume il costo dell'onorario del medico dentista che ha stilato il rapporto, ma al massimo Fr. 50.–.

Art. 3 Prestazioni

1. Le prestazioni previste dalle presenti condizioni sono rimborsate solo se i trattamenti sono dispensati da un medico dentista con diploma federale e secondo le seguenti classi:
Classe 1: 50% dell'importo fatturato secondo tariffa, ma al massimo Fr. 500.– per anno civile;
Classe 2: 75% dell'importo fatturato secondo tariffa, ma al massimo Fr. 1'000.– per anno civile;
Classe 3: 75% dell'importo fatturato secondo tariffa, ma al massimo Fr. 2'000.– per anno civile;
Classe 4: 75% dell'importo fatturato secondo tariffa, ma al massimo Fr. 3'000.– per anno civile.
2. La classe 5, complementare alle precedenti quattro classi, tramite il pagamento di un premio supplementare, offre la seguente copertura d'assicurazione:

Classe 5: per le spese dentarie di laboratorio, il 75% dell'importo fatturato secondo tariffa, ma al massimo Fr. 1'000.– per anno civile in caso di malattia e Fr. 5'000.– per anno civile in caso d'infortunio.

3. Nelle classi 1 a 5, le prestazioni per danni ai denti dovuti a malattia o a infortunio sono accordate fino a concorrenza dell'importo assicurato.

Art. 4 Diritto alle prestazioni

1. Per i trattamenti dentari in seguito ad infortunio, il diritto alle prestazioni inizia immediatamente, a condizione che l'infortunio sia avvenuto dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.
2. Per tutti gli altri trattamenti il diritto alle prestazioni ha inizio dal momento in cui l'assicuratore è in possesso del certificato redatto da un medico dentista con diploma federale e dal quale risulta che lo stato dei denti dell'affiliato è perfetto. Tuttavia, il diritto alle prestazioni nasce dopo un periodo di attesa di un mese, con riserva dell'articolo 4 capoverso 3.
3. Le prestazioni per interventi protesici (sostituzione dei denti, corone, denti a perno, ponti, protesi amovibili o fisse, ecc.) in caso di infortunio sono concesse immediatamente dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione; per gli altri casi il diritto alle prestazioni nasce dopo sei mesi d'affiliazione all'assicurazione delle cure dentarie.
4. Rinunciando all'assicurazione DP – assicurazione delle cure Dentaire Plus – l'assicurato perde tutti i suoi diritti acquisiti, compresi eventuali trattamenti necessari susseguenti.
5. Qualora le prestazioni dentarie previste dall'assicurazione delle cure (SC) fossero in concorrenza con le prestazioni dell'assicurazione delle cure dentarie (DP) quest'ultima interviene in priorità.

Art. 5 Profilassi

Una volta per anno civile, per le classi 1 a 4, la cassa versa un contributo di Fr. 75.– per un controllo dentario profilattico.

Art. 6 Prestazioni all'estero

Previo consenso dell'assicuratore, i trattamenti all'estero sono assunti a condizione che il personale medico straniero disponga di 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 per cure dentarie erano mancanti o avrebbero dovuto essere sostituiti non c'è alcun diritto alle prestazioni per un'eventuale sostituzione o cura per denti sostituiti, salvo in caso di infortunio verificatosi dopo l'entrata in vigore dell'assicurazione.

Le cure dentarie conseguenti ad un infortunio sopravvenuto prima dell'affiliazione sono escluse dall'assicurazione DP.

Inoltre, l'assicuratore si riserva il diritto di rifiutare l'assunzione dei trattamenti previsti al momento della compilazione della proposta di adesione.

2. Nel caso di prestazioni dovute dall'assicurazione obbligatoria contro gli infortuni/AI/AMF o da terzi, l'assicuratore non accorda alcuna prestazione dell'assicurazione per cure dentarie, anche se l'assicurato deve assumersi una parte dei costi per il trattamento.

Art. 8 Tariffa di riferimento

Per il calcolo delle prestazioni coperte dalle presenti condizioni particolari si applicano le tariffe LAINF.

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. Qualora il trattamento eseguito non figuri sulla fattura, l'assicuratore non è tenuto a pagare le prestazioni.

3. Gli infortuni devono necessariamente essere notificati all'assicuratore per iscritto entro cinque giorni. In caso di ritardo, l'assicuratore può, unilateralmente, decidere di non versare alcuna prestazione.

Art. 10 Premio

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 successivo. Le classi d'età determinanti sono le seguenti:

- minorenni: 0-18 anni;
- giovani adulti: 19-25 anni;
- dal 26° anno, le classi d'età sono scaglionate in gruppi di 5 anni.

Art. 11 Franchigie

1. Gli assicurati hanno la possibilità di scegliere le seguenti franchigie, con corrispettiva riduzione dei premi:

- a. Fr. 200.– per anno civile;
- b. Fr. 350.– per anno civile;
- c. Fr. 500.– per anno civile.

2. In caso d'affiliazione nel corso dell'anno, gli importi di cui al capoverso 1 sono ridotti proporzionalmente alla durata dell'affiliazione.

3. Non è richiesta alcuna franchigia sul contributo di Fr. 75.– per anno civile per un controllo dentario profilattico.

Art. 12 Riserve

L'assicurato può dimostrare che una riserva non è più giustificata presentando un certificato medico, redatto a sue spese, che attesti che i denti oggetto della riserva sono stati curati, sostituiti o estratti.