

## **Recapiti**

Per la gestione e la liquidazione dei sinistri la Società si avvale della seguente Struttura Operativa di

### **MyAssistance**

che risponde ai seguenti recapiti:

- numero verde per chiamate da numeri nazionali: **800035122**
- numero per chiamate da cellulare e dall'estero: **0039 02 303500009**
- mail per le richieste di Rimborso : [sinistri.casdic@myassistance.it](mailto:sinistri.casdic@myassistance.it)
- mail dedicata per le prestazioni in Regime di assistenza diretta: [dirette.casdic@myassistance.it](mailto:dirette.casdic@myassistance.it)

MyAssistance è a disposizione degli Assicurati dalle ore 8 alle ore 18 dei giorni feriali.

**L'Assicurato nel contattare MyAssistance presta il consenso al trattamento dei suoi dati.**

**L'elenco delle Strutture Sanitarie, o Centri Odontoiatrici convenzionati (Network Sanitario Convenzionato) è disponibile nel sito [www.myassistance.it](http://www.myassistance.it)**

## **Cosa fare in caso di Sinistro e come viene gestito il Sinistro?**

### **5. Denuncia di sinistro**

Il Sinistro deve essere denunciato dal Contraente, dall'Assistito o dai suoi aventi diritto alla Società non appena ne abbiano la possibilità. L'inadempimento di tale obbligo può comportare la perdita totale o parziale del diritto al rimborso delle spese sostenute, ai sensi dell'articolo 1915 del Codice Civile. Eventuale documentazione redatta in lingua diversa dall'Italiano, dall'Inglese, dal Francese e dal Tedesco dovrà essere corredata di traduzione in Italiano. In mancanza, eventuali oneri di traduzione resteranno a carico dell'Assistito.

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

Nel caso in cui, durante il periodo di validità della polizza, sopravvenga il decesso dell'Assistito Nel caso in cui, durante il periodo di validità della Polizza, sopravvenga il decesso dell' Assicurato titolare della copertura assicurativa, i suoi eredi legittimi devono darne immediatamente avviso alla Società e gli adempimenti di cui al presente articolo dovranno essere assolti dagli eredi aventi diritto per richiedere il rimborso dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura.

Nell'eventualità descritta, sarà necessario esibire ulteriori documenti quali:

- certificato di morte dell'Assicurato,
- copia autenticata dell'eventuale testamento, ovvero Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà che ne riporti gli estremi e che dia menzione che detto testamento è l'ultimo da ritenersi valido e non è stato impugnato; inoltre, la suddetta Dichiarazione dovrà contenere l'indicazione di quali siano gli eredi testamentari, le loro età e relative capacità di agire);
- in assenza di testamento, Dichiarazione Sostitutiva dell'Atto di Notorietà (in originale o in copia autenticata) resa dal soggetto interessato dinanzi a pubblico ufficiale dalla quale risulti che l'assicurato è deceduto senza lasciare testamento nonché le generalità, l'età e

la capacità di agire degli eredi legittimi e che non vi siano altri soggetti cui la legge attribuisce diritto o quote di eredità;

- eventuale copia autentica di Decreto del Giudice Tutelare con il quale si autorizza la Società alla liquidazione del capitale e contestualmente permette la riscossione delle quote destinate ai beneficiari minorenni/incapaci di agire
- fotocopia di un documento d'identità valido e del tesserino fiscale di ciascun erede;
- dichiarazione sottoscritta da tutti gli eredi, indicante il codice IBAN di un unico conto corrente su cui effettuare i bonifici relativi ai rimborsi dei sinistri presentati o ancora da presentare fino alla scadenza della copertura come normato all'interno delle Condizioni di Assicurazione (CDA).

In caso di Infortunio, qualora l'evento dannoso sia ascrivibile alla responsabilità di un terzo, l'Assistito è obbligato a comunicare alla Società il nominativo ed il recapito del terzo responsabile oltre che ad inoltrare il referto del Pronto Soccorso.

In caso di incidente stradale - in concomitanza con la prima richiesta di rimborso o con la prima richiesta di attivazione del Regime di assistenza diretta, avente ad oggetto prestazioni sanitarie rese necessarie in conseguenza dello stesso - l'Assicurato è tenuto a trasmettere alla Società il verbale relativo all'incidente redatto dalle forze dell'ordine intervenute, o il Modulo CID (constatazione amichevole).

## **6. Pagamento - Modalità operative e criteri di liquidazione**

Gli accordi con i medici chirurghi odontoiatrici e le strutture sanitarie possono subire variazioni nel tempo.

E' essenziale - al fine di ottenere la prestazione - che l'Assicurato acceda agli operatori sanitari verificando preventivamente con MyAssistance, l'operatività della convenzione, ricevendo preventivamente autorizzazione alla diretta, in mancanza del quale il servizio non è operante.

### **6.1 Procedura operativa - Regime di assistenza diretta**

La Società provvede al pagamento diretto delle prestazioni ricevute dall'Assistito a termini e limiti di Polizza presso le strutture convenzionate appartenenti al Network di MyAssistance, e con il pagamento da parte dell'Assicurato della sola eventuale somma eccedente il limite previsto nel Tariffario odontoiatrico (vedi Allegato n.1).

Per ricevere le prestazioni in Regime di assistenza diretta, l'Assicurato dovrà preventivamente contattare la Centrale Operativa della Cassa, con un preavviso di almeno 48 ore lavorative, per ottenere la relativa autorizzazione.

Il suddetto Regime di assistenza diretta si applica, alle condizioni sopra esposte, per tutte le prestazioni erogate dalla CASDIC di qualsiasi importo.

Fermo il preavviso minimo di 2 giorni (48 h) lavorativi la Centrale Operativa garantisce la risposta (autorizzazione/diniego) sull'esito della valutazione della richiesta di assistenza diretta:

Per le prestazioni extraospedaliere

- se la richiesta perviene con un anticipo di almeno 4 giorni lavorativi dalla data dell'evento, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro i 2 gg lavorativi precedenti la data dell'evento;
- se la richiesta perviene tra i 3 e i 2 giorni lavorativi antecedenti la data dell'evento, la Centrale Operativa garantisce la risposta entro 1 gg lavorativo precedente la data dell'evento.

Rimane fermo per l'Assicurato il diritto ad un preavviso di almeno 2 gg (48 ore) lavorativi; in tal caso tuttavia, tale preavviso minimo potrebbe comportare, in ipotesi di diniego dell'autorizzazione, una comunicazione da parte della Centrale Operativa a ridosso del momento previsto per la fruizione della prestazione.

Il preavviso non è richiesto per i soli casi di emergenza.

### **6.3 Procedura operativa – Regime rimborsuale**

La Società rimborsa, **a cura ultimata**, il pagamento di quanto dovuto dietro presentazione in fotocopia delle relative notule, distinte e ricevute, debitamente quietanzate accompagnate dalla documentazione medica giustificativa. Il rimborso non potrà eccedere il limite previsto, per singola prestazione, riportato nel Tariffario odontoiatrico (vedi Allegato 1).

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

L'erogabilità delle prestazioni assicurate è comunque condizionata alla fatturazione delle stesse da parte di un Istituto di cura, da uno studio medico odontoiatrico o di un medico chirurgo odontoiatra. Nel caso della fattura emessa da studio medico odontoiatra o medico chirurgo odontoiatra, inoltre, la fattura dovrà riportare in modo evidente e leggibile la specializzazione del professionista che dovrà risultare coerente con la diagnosi e/o sospetta patologia.

Sono comunque escluse dal rimborso le spese relative a prestazioni di routine e/o controllo.