

# Proposta d'assicurazione per le cure dentarie secondo la LCA

Tutte le indicazioni di persone si riferiscono a entrambi i sessi  
e anche ad una o più persone.

Consulente / intermediario													
Cognome/nome													
N.						N. Agenzia							
Variante			Premi mensili										
Percentuale	Limite all'anno		EE	EE	EE	EE	EE	EE	EE	EE	EE	EE	
			(00-18)	(19-25)	(26-30)	(31-35)	(36-40)	(41-45)	(46-50)	(51-55)	(56-60)	(61-65)	(66-xx)
<input type="radio"/> 50%	max. CHF	600.- all'anno	6.20	13.10	15.30	22.20	26.80	31.40	33.70	37.50	37.50	37.50	37.50
<input type="radio"/> 75%	max. CHF	600.- all'anno	7.70	16.30	19.10	27.70	33.50	39.20	42.10	46.80	46.80	46.80	46.80
<input type="radio"/> 50%	max. CHF	1200.- all'anno	12.30	26.10	30.60	44.40	53.60	62.80	67.40	75.00	75.00	75.00	75.00
<input type="radio"/> 75%	max. CHF	1200.- all'anno	15.30	32.50	38.20	55.40	66.90	78.40	84.10	93.60	93.60	93.60	93.60
<input type="radio"/> 75%	max. CHF	1500.- all'anno	18.40	39.00	45.80	66.50	80.20	93.90	100.80	112.30	112.30	112.30	112.30
<input type="radio"/> 75%	max. CHF	1800.- all'anno	21.40	45.40	53.40	77.50	93.50	109.50	117.50	130.90	130.90	130.90	130.90
<input type="radio"/> 75%	max. CHF	3000.- all'anno	33.60	71.40	83.90	121.70	146.90	172.00	184.60	205.60	205.60	205.60	205.60
<input type="radio"/> 75%	max. CHF	5000.- all'anno	48.90	103.80	122.10	177.10	213.70	250.40	268.70	299.20	299.20	299.20	299.20
CHF			Infortuni esclusi EE: età effettiva Percentuale: copertura assicurativa in % Limite: importo massimo in CHF per anno civile										
<b>Totale premio mensile LCA</b>													
Valida dal			01 . . .										

Indicazioni sulla persona	
Persona assicurata	
Cognome/nome	
Attività professionale attuale	
Via/n.	
NPA/luogo	
Comune politico	
Libretto per stranieri	
N. di tel. privato	N. di tel. cellulare
E-mail privato	
Abbonare la newsletter	<input type="radio"/> sì <input type="radio"/> no
Data di nascita	
Sesso	<input type="radio"/> m <input type="radio"/> f      Lingua <input type="radio"/> t <input type="radio"/> f <input type="radio"/> i
Ass. n. Visana	
<input type="radio"/> Nuova ammissione	Assicuratore precedente
<input type="radio"/> Modifica	

## Modalità di pagamento

Modalità di pagamento analoghe alla proposta assicurativa delle altre assicurazioni.

Debitore dei premi (compilare solo i campi che non corrispondono a quelli della persona assicurata)

Cognome

Nome

Via/n.

NPA/luogo

N. di tel. privato

N. di tel. cellulare

## Tipo di pagamento desiderato per la fattura dei premi e la fattura per la partecipazione ai costi

LSV (addebitamento diretto banca)\*  Debit Direct (Posta)\*  Fattura/bollettino di versamento

\* Si prega di compilare il formulario LSV/Debit Direct

## Fatturazione

mensile  bimestrale  trimestrale  semestrale (sconto 1%)  annuale (sconto 2%)

## Pagamenti

N. conto postale

Nome dell'istituto bancario

N. IBAN

N. conto

N. clearing

NPA/luogo (filiale)

## Indicazioni sulla salute

### Dichiarazione dello stato di salute

1. Prende/ha preso regolarmente dei farmaci?  sì  no

In caso affermativo, da quando/per quanto tempo?

Quali?

2. È affetto da un'invalidità o un'infermità congenita? In caso affermativo, prego allegare una copia della decisione AI.  sì  no

In caso affermativo, tipo di invalidità/infermità congenita:

3. Si trova attualmente in cura dentaria o ne è prevista una?  sì  no

In caso affermativo, indicare il nome e l'indirizzo del dentista:

4. Quante volte all'anno si reca dal dentista per un controllo?  mai  1x volta all'anno  2x volta all'anno

5. Quante volte all'anno si reca dall'igienista dentaria?  mai  1x volta all'anno  2x volta all'anno

### Indicazione per il richiedente

Il formulario dentistico allegato deve essere compilato da un dentista con diploma federale. I costi per il certificato, la visita di controllo e le radiografie sono a carico del richiedente. Il diritto alle prestazioni dall'assicurazione dentaria inizia dopo il periodo di carenza secondo le CGA (di almeno 6 mesi) a partire dall'inizio dell'assicurazione.

## Questionario dentistico

Persona assicurata (indicazioni obbligatorie dal 4° anno d'età)

Cognome/Nome

Data di nascita

Indirizzo

La preghiamo di allegare al questionario compilato radiografie originali attuali (che non siano più vecchie di due anni). Per i bambini, allegare le radiografie solo se disponibili. Dal compimento del sedicesimo anno di età occorre obbligatoriamente allegare anche la documentazione radiologica. Le radiografie Le verranno restituite dopo la valutazione.

### Si prega di rispondere a tutte le domande!

1. Quando è stata effettuata l'ultima visita dentistica? (Non dovrebbe essere passato più di 1 anno.)

Data

2. Sussiste una malattia che influisce/potrebbe influire sullo stato dei denti?

sì  no

In caso affermativo, quale?

3. Sono stati effettuati finora controlli dentistici e ablazioni di tartaro?

sì  no

In caso affermativo, con quale frequenza?

4. È previsto un trattamento dentario?

sì  no

In caso affermativo, indicare il tipo di trattamento e la data prevista:

5. Esistono abrasioni o erosioni?

sì  no

In caso affermativo, indicare il motivo:

6. Sussiste una malposizione dentaria o mascellare?

sì  no

In caso affermativo, indicare il tipo di malposizione:

7. Esistono delle otturazioni?

sì  no

In caso affermativo, indicare lo stato:  cattivo  mediocre  buono

8. Esiste una protesi fissa o rimovibile?

sì  no

In caso affermativo, indicare lo stato:  cattivo  mediocre  buono

9. Igiene orale?

cattivo  mediocre  buono

10. Stato del parodonto? Se disponibile si prega di allegare un indice delle tasche parodontali.

cattivo  mediocre  buono

11. Sussistono denti mancanti non sostituiti o sussiste un'assenza di denti (agenesia)?

sì  no

In caso affermativo, segnare a lato.

55 54 53 52 51 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 61 62 63 64 65  
85 84 83 82 81 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 71 72 73 74 75

12. Sussistono denti cariati?

sì  no

In caso affermativo, segnare a lato.

55 54 53 52 51 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 61 62 63 64 65  
85 84 83 82 81 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 71 72 73 74 75

13. Sussistono denti che hanno subito un trattamento radicolare?

sì  no

In caso affermativo, segnare a lato.

55 54 53 52 51 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 61 62 63 64 65  
85 84 83 82 81 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 71 72 73 74 75

14. Sussistono denti danneggiati da un infortunio?

sì  no

In caso affermativo, segnare a lato.

55 54 53 52 51 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 61 62 63 64 65  
85 84 83 82 81 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 71 72 73 74 75

Il dentista sottoscritto conferma che il questionario è stato compilato in maniera veritiera. Indicazioni incomplete o sbagliate possono comportare il rifiuto di prestazioni, delle riserve o la disdetta del contratto. I costi per l'attestato, la visita di controllo e le radiografie sono a carico del richiedente.

Luogo/data

Firma e timbro del dentista

## La/il sottoscritta/o dichiara

(Contrassegnare ciò che fa al caso)

- di aver inoltrato con il presente atto una proposta di ammissione ad un'assicurazione secondo la LCA (Legge federale sul contratto d'assicurazione) alla Visana Assicurazioni SA e
- di aver risposto secondo scienza e coscienza e in maniera completa e veritiera alle domande precedenti;
  - di esonerare dal loro obbligo del segreto tutti i dentisti, i medici, gli ospedali, le assicurazioni malattie e le assicurazioni che fino al momento della presentazione della proposta e in futuro possono fornire informazioni sullo stato di salute della persona da assicurare e sulla fornitura di prestazioni, purché le informazioni siano necessarie per il disbrigo della presente proposta;
  - di aver ricevuto e di accettare le Condizioni generali del contratto d'assicurazione (CGA) per le assicurazioni richieste;
  - di aver preso atto che Visana Assicurazioni SA può verificare per quanto riguarda le indicazioni fornite nel contesto della presente proposta la concordanza con eventuali dati di prestazioni già noti a Visana Assicurazioni SA, a Visana SA, a sana24 SA o a vivacare SA. Questa possibilità di verifica non esonera dal rispondere in maniera completa e veritiera alle domande precedenti;
  - di essere d'accordo che le indicazioni sulle assicurazioni complementari stipulate secondo la legge sul contratto d'assicurazione (LCA) possono essere richiamate elettronicamente mediante la tessera d'assicurazione.

### Confermo inoltre

- di aver ricevuto l'informazione del consulente/intermediario secondo l'art. 45 LSA;
- di aver ricevuto il promemoria «Informazione ai clienti LCA».

### Autorizzo

Visana Assicurazioni SA a trasmettere al mio intermediario dati riguardanti eventuali esclusioni/rifiuti.

Luogo/data

Firma

Luogo/data

Firma della persona da assicurare  
resp. della / del rappresentante legale

Firma e timbro  
consulente/intermediario