

Proposta di assicurazione per le cure dentarie secondo la LCA

N.B.: da compilare a partire dal 4° anno di età (fa fede la data della firma della proposta)

Tutte le indicazioni relative alle persone si riferiscono a entrambi i sessi.

Variante			Premio mensile										
Quota	Limite annuo		EE	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.- per anno	7.30	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.- per anno	9.10	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.- per anno	14.50	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.- per anno	18.10	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.- per anno	21.70	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.- per anno	25.30	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.- per anno	39.70	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.- per anno	57.70	103.80	122.10	177.10	213.70	250.40	268.70	299.20	299.20	299.20	299.20

CHF

Escluso infortunio
EE: età effettiva
Quota: copertura assicurativa in %
Limite: importo massimo in CHF per anno civile

Totale premio mensile LCA

Inizio dell'assicurazione 1

Dati sulla persona

Persona assicurata

Ass. Visana n. _____

Cognome/nome _____

Via/n. _____

NPA/luogo _____

Libretto per stranieri _____

Telefono privato _____ Telefono ufficio _____

E-mail _____

Data di nascita

Sesso m f Lingua d f i

Nuova ammissione

Modifica

Rientro

Persona che paga i premi

Indirizzo (compilare solo i campi che non coincidono con quelli dello stipulante)

Cognome			
Nome			
Via/n.			
Complemento/ casella postale			
NPA/luogo			
Telefono privato		Telefono ufficio	
Sesso	<input type="radio"/> m	<input type="radio"/> f	E-mail

Modalità di pagamento

Fatturazione

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

Traffico dei pagamenti

Conto postale n.			
Nome della banca			
IBAN			
NPA/luogo (filiale)			

Modalità di pagamento desiderata per la fattura dei premi e la fattura della partecipazione ai costi

LSV+ (addebito diretto tramite banca)* Direct Debit (Posta)* Fattura/polizza di versamento Fatture eBill

* Compilare il modulo LSV+/ Direct Debit

*La preghiamo di inviarci il prima possibile il modulo Sistema di addebito diretto (LSV+)/Debit Direct debitamente compilato. Inoltre, Le ricordiamo che la data di inizio dell'addebito LSV+ potrebbe essere rinviata a causa dei tempi di deposito dell'autorizzazione di addebito diretto LSV+ presso la banca ed, eventualmente, risultare successiva alla data desiderata. Fino a quando l'autorizzazione di addebito LSV+ non sarà stata approvata, per pagare i premi e le partecipazioni ai costi riceverà le polizze di versamento.

Indicazioni sulla salute

Dichiarazione sullo stato di salute

1. È affetto da un'invalidità o un'infermità congenita? Se sì, allegare una copia della decisione AI. Sì No

Se sì, tipo di invalidità/infermità congenita:

2. Si trova attualmente in trattamento dentistico o ne è previsto uno? Sì No

Se sì, nome e indirizzo del dentista:

3. Quando è stata effettuata l'ultima visita di controllo presso il dentista?
(N.B.: se l'ultima visita di controllo dentistica risale a più di un anno fa, è necessario sottoporsi a un nuovo controllo.)

Data

Indicazione per il proponente

Il certificato 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 proponente. Il diritto alle prestazioni dell'assicurazione per le cure dentarie inizia dopo il termine di carenza secondo le CGA (almeno sei mesi) a partire dall'inizio dell'assicurazione.

Condizioni contrattuali

Apponendo la mia firma (contrassegnare ciò che fa al caso)

- richiedo la stipula delle assicurazioni complementari secondo la LCA (Legge sul contratto d'assicurazione) summenzionate.
- prendo atto del fatto che il presente documento non è una richiesta di offerta, bensì una proposta vincolante per la stipula di un contratto di assicurazione ai sensi della LCA.
- confermo che i dati contenuti nel presente contratto di assicurazione e quelli relativi alle domande sullo stato di salute, anche laddove le risposte siano state stilate dal consulente assicurativo/dalla consulente assicurativa o da terzi, sono completi, corretti e veritieri e corrispondono esattamente ai fatti.
- autorizzo Visana Assicurazioni SA a richiedere e fornire a tutto il personale medico e/o altri assicuratori sociali e privati, autorità e alle società attive in ambito assicurativo all'interno del Gruppo Visana (Visana Assicurazioni SA, Visana SA, sana24 SA, vivacare SA, Galenos SA) le informazioni necessarie alla verifica della proposta e libero espressamente i servizi informativi summenzionati dal segreto professionale e dall'obbligo del segreto nei confronti di Visana Assicurazioni SA.
- confermo di aver ricevuto e di accettare le Condizioni generali d'assicurazione (CGA), le Condizioni complementari (CC) e/o le Condizioni integrative del contratto d'assicurazione (CI) per le assicurazioni richieste.
- prendo atto del fatto che, in caso di termine del rapporto di lavoro o di risoluzione dell'iscrizione all'associazione/alla federazione, il passaggio dall'assicurazione collettiva a quella individuale avverrà automaticamente a decorrere dal mese seguente.
- fornisco il mio consenso affinché le informazioni sulle assicurazioni complementari da me stipulate secondo la Legge sul contratto d'assicurazione (LCA) possano essere consultate elettronicamente mediante la tessera d'assicurata.

Confermo inoltre

- di aver ricevuto dal/dalla consulente le informazioni ai sensi dell'art. 45 LSA;
- di aver ricevuto dal/dalla consulente una copia del protocollo di consulenza;
- di aver ricevuto il promemoria «Informazione per la clientela ai sensi della LCA» e – qualora sia stata richiesta l'assicurazione di protezione giuridica di Visana – anche il promemoria «Informazioni per la clientela protezione giuridica ai sensi della LCA».

Autorizzo

- Visana Assicurazioni SA a fornire al mio / alla mia consulente informazioni su eventuali esclusioni / rifiuti, senza comunicare dati sulla mia salute.

In base alla proposta, per la durata dei prodotti sussistono altri contratti in essere ai sensi della LCA?

Insieme alla proposta è necessario presentare una copia della polizza dell'assicurazione precedente.

- Fornisco il mio consenso a un eventuale cumulo di assicurazioni. Sono consapevole del fatto che, in questo modo, pagherò i premi dell'assicurazione fino al termine della durata contrattuale sia presso il mio assicuratore attuale, sia presso Visana.
- Acconsento esplicitamente a un eventuale rinvio d'inizio dell'assicurazione necessario per l'assicurazione complementare. Sono consapevole del fatto che Visana si riserva di richiedere una nuova dichiarazione sullo stato di salute e che, in tal caso, a posteriori, le assicurazioni complementari richieste potrebbero essere concesse solo in forma limitata o anche rifiutate.
- Il protocollo di consulenza compilato e firmato è allegato alla proposta relativa all'assicurazione per le cure dentarie

Firma della persona da assicurare oppure del suo rappresentante legale

Luogo / data

Luogo / Data

Firma

Cognome / nome del/della consulente

Timbro e firma del/della consulente Consulente

n.

Questionario dentario

Persona assicurata

Cognome / nome

Data di nascita

Indirizzo

La preghiamo di allegare al questionario compilato radiografie originali recenti (che non siano più vecchie di due anni). Per i bambini, allegare le radiografie solo se disponibili. Dal compimento del 16° 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 di controllo dentistica?
(Se l'ultima visita di controllo dentistica risale a più di un anno fa, è necessario sottoporsi a un nuovo controllo.)

Data

2. Sussiste una malattia che influisce / potrebbe influire sullo stato dei denti? Sì No

Se sì, quale?

3. Vi sono stati controlli dentistici finora? Sì No

Se sì, a quali intervalli?

4. È previsto un trattamento e, se sì, quando? Sì No

Data

5. Esistono abrasioni o erosioni? Sì No

Abrasioni Erosioni

Se sì, per quale motivo?

6. Vi sono anomalie in relazione alla posizione dei denti e/o alla mandibola? Sì No

Se sì, indicare il tipo di malposizione:

Classe secondo Angle: I II III Sì No

Sono previsti o sono già stati avviati trattamenti ortodontici?

Se sì, quali e quando sono stati /saranno effettuati?

Costi residui in CHF:

È stato espresso un sospetto? Sì No

Se sì, per quale motivo?

Quando è stato informato il paziente?

Data

(Se è disponibile un preventivo, allegarlo alla proposta) Sì No

7. Sussistono denti cariati?

Se sì, 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

8. Esistono delle otturazioni? Sì No

Se sì, 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

9. Sussistono denti che hanno subito un trattamento radicolare? Sì No

Se sì, 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

10. Sussistono denti danneggiati da un infortunio? Sì No

Se sì, 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

11. Sussiste una parodontite? Sì No

12. Sussiste sanguinamento delle gengive? Sì No

Se sì, per quale motivo?

13. Sono presenti tasche gengivali di 4 mm e oltre? Sì No

Se sì, 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. Igiene orale scarsa mediocre buona

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

Luogo / data

Firma e timbro del dentista