

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 fanno riferimento a entrambi i sessi e a una o più persone.

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)
50%	max	CHF	600.- per anno	7.60	13.60	15.90	23.10	27.90	32.60	35.00	39.00	39.00	39.00	39.00
75%	max	CHF	600.- per anno	9.40	16.90	19.80	28.80	34.70	40.60	43.60	48.60	48.60	48.60	48.60
50%	max	CHF	1200.- per anno	15.00	27.00	31.70	46.00	55.50	65.00	69.80	77.70	77.70	77.70	77.70
75%	max	CHF	1200.- per anno	18.70	33.70	39.60	57.50	69.30	81.20	87.20	97.10	97.10	97.10	97.10
75%	max	CHF	1500.- per anno	22.40	40.30	47.40	68.80	83.00	97.20	104.30	116.20	116.20	116.20	116.20
75%	max	CHF	1800.- per anno	26.20	47.10	55.30	80.20	96.80	113.40	121.70	135.50	135.50	135.50	135.50
75%	max	CHF	3000.- per anno	41.10	73.90	86.90	126.10	152.10	178.20	191.20	213.00	213.00	213.00	213.00
75%	max	CHF	5000.- per anno	59.80	107.60	126.50	183.50	221.40	259.40	278.30	310.00	310.00	310.00	310.00

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 01

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

E-mail

Sesso

m

f

Lingua

d

f

i

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+

LSV+ (addebito diretto tramite banca)*

Direct Debit (Posta)*

Fattura / polizza di versamento

Fatture eBill

*Si prega di compilare il modulo di autorizzazione all'addebito diretto (LSV+) / Direct Debit e di inviarcelo il prima possibile.

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.

Informazioni sulla salute

Dichiarazione sullo stato di salute

1. È affetto/a da un'invalità 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:

Nota 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 sfilate 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'assicurato.

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.

Luogo /
Data

Firma

Ci sono altri contratti ai sensi della LCA attivi per la durata dei prodotti indicati nella proposta?

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.

Acconto 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.

Cognome / nome
del / della consulente

Timbro e firma del / della consulente
Consulente

n.

Luogo / Data

Firma della persona da assicurare o
del suo / della sua rappresentante legale

Questionario dentistico

Persona assicurata

Cognome / nome

Data di
nascita

Indirizzo

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. È presente 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. Sono presenti abrasioni o erosioni?

Abrasioni

Erosioni

Sì

No

Se sì, per quale motivo?

6. Vi sono anomalie della posizione dei denti e/o della mascella?		Si	No								
Se sì, quando sono state diagnosticate?		Data:									
Quando è stato informato il paziente o il suo rappresentante legale?		Data:									
Di che tipo di malposizione si tratta? (Se è disponibile un preventivo dei costi, allegarlo alla proposta)											
Classe secondo Angle:		I	II III								
Quali sono i costi residui presumibili a partire da ora? (se la correzione e/o il trattamento sono già iniziati)		CHF									
7. È stato espresso un sospetto?		Si	No								
Quando è stato informato il paziente o il suo rappresentante legale?		Data:									
Di che tipo di malposizione si tratta? (Se è disponibile un preventivo dei costi, allegarlo alla proposta)											
8. Sono presenti denti cariati?		Si	No								
9. Sono presenti otturazioni?		Si	No								
Se sì, segnare a lato.		<table border="1"> <tr> <td>55 54 53 52 51</td> <td>18 17 16 15 14 13 12 11</td> <td>21 22 23 24 25 26 27 28</td> <td>61 62 63 64 65</td> </tr> <tr> <td>85 84 83 82 81</td> <td>48 47 46 45 44 43 42 41</td> <td>31 32 33 34 35 36 37 38</td> <td>71 72 73 74 75</td> </tr> </table>		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
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. Vi sono denti che hanno subito un trattamento radicolare?		Si	No								
Se sì, segnare a lato.		<table border="1"> <tr> <td>55 54 53 52 51</td> <td>18 17 16 15 14 13 12 11</td> <td>21 22 23 24 25 26 27 28</td> <td>61 62 63 64 65</td> </tr> <tr> <td>85 84 83 82 81</td> <td>48 47 46 45 44 43 42 41</td> <td>31 32 33 34 35 36 37 38</td> <td>71 72 73 74 75</td> </tr> </table>		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
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. Vi sono denti danneggiati da un infortunio?		Si	No								
Se sì, segnare a lato.		<table border="1"> <tr> <td>55 54 53 52 51</td> <td>18 17 16 15 14 13 12 11</td> <td>21 22 23 24 25 26 27 28</td> <td>61 62 63 64 65</td> </tr> <tr> <td>85 84 83 82 81</td> <td>48 47 46 45 44 43 42 41</td> <td>31 32 33 34 35 36 37 38</td> <td>71 72 73 74 75</td> </tr> </table>		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
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. È presente una parodontite?		Si	No								
13. È presente sanguinamento gengivale?		Si	No								
Se sì, per quale motivo?											
14. Sono presenti tasche gengivali di 4 mm e oltre?		Si	No								
Se sì, segnare a lato.		<table border="1"> <tr> <td>55 54 53 52 51</td> <td>18 17 16 15 14 13 12 11</td> <td>21 22 23 24 25 26 27 28</td> <td>61 62 63 64 65</td> </tr> <tr> <td>85 84 83 82 81</td> <td>48 47 46 45 44 43 42 41</td> <td>31 32 33 34 35 36 37 38</td> <td>71 72 73 74 75</td> </tr> </table>		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
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								
15. 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