

## Proposta d'assicurazione

# Assicurazione per le cure dentarie secondo la LCA

Tutti i rimandi a persone persone si riferiscono a entrambi i sessi e anche a una o più persone.

Variante				Premi mensili											
Percentuale		Limite all'anno		EE	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.- all'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.- all'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.- all'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.- all'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.- all'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.- all'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.- all'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.- all'anno	57.70	103.80	122.10	177.10	213.70	250.40	268.70	299.20	299.20	299.20	299.20	

CHF

Infortunio escluso  
EE: età effettiva  
Percentuale: copertura assicurativa in %  
Limite: importo massimo in CHF per anno civile

**Totale premio mensile LCA**

Inizio dell'assicurazione 01 . . . . .

### Indicazioni sulla persona

Persona assicurata

Cognome/nome

Attività professionale attuale

Via/n.

NPA/luogo

Comune politico

Libretto per stranieri

N. tel. privato N. tel. ufficio

E-mail

Data di nascita

Sesso  m  f Lingua  d  f  i

Ass. n. Visana

Nuova ammissione Assicuratore precedente

Modifica  Proposta di prova  Passaggio ass. individuale/collettiva

## 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. tel. privato

N. tel. ufficio

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

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

\* Si prega di compilare il modulo LSV+ / Debit Direct

\* 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.

## Fatturazione

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

## Pagamenti

N. conto postale

Nome dell'istituto bancario

N. IBAN

NPA/luogo (filiale)

## Indicazioni sulla salute

### Dichiarazione dello stato di salute

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

Se sì, da quando/per quanto tempo?

Quali?

2. È affetto da un'invalidità o un'infermità congenita? Se sì, si prega di allegare una copia della decisione AI.  sì  no

Se sì, tipo di invalidità/infermità congenita:

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

Se sì, indicare il nome e l'indirizzo del dentista:

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

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

## Indicazione per il richiedente

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 richiedente. Il diritto alle prestazioni dell'assicurazione dentaria inizia dopo il termine di carenza definito nelle 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

Se sì, quale?

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

sì  no

Se sì, con quale frequenza?

4. È previsto un trattamento dentario?

sì  no

Se sì, indicare il tipo di trattamento e la data prevista:

5. Esistono abrasioni o erosioni?

sì  no

Se sì, indicare il motivo:

6. Sussiste una malposizione dentaria o mascellare?

sì  no

Se sì, indicare il tipo di malposizione:

7. Esistono delle otturazioni?

sì  no

Se sì, indicare lo stato:

cattivo  mediocre  buono

8. Esiste una protesi fissa o rimovibile?

sì  no

Se sì, indicare lo stato:

cattivo  mediocre  buono

9. Igiene orale?

cattiva  mediocre  buona

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

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

12. Sussistono denti cariati?

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

13. 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

14. 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

Il dentista sottoscritto conferma che il questionario è stato compilato in maniera veritiera. Indicazioni incomplete o sbagliate possono comportare il rifiuto di prestazioni, 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 sottoscritto/a 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) a 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 tali 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 fornire il proprio consenso affinché le informazioni sulle assicurazioni complementari stipulate secondo la Legge sul contratto d'assicurazione (LCA) possano essere consultate elettronicamente mediante la tessera d'assicurato.

### Confermo inoltre

- di aver ricevuto dal consulente / dall'intermediario l'informativa di cui all'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

Cognome / nome del / della consulente

Firma e timbro  
consulente / intermediario/a

N. \_\_\_\_\_