

Proposta

Contraente (persona pagante i premi)

Cognome, nome

Persona da assicurare

Cognome, nome

Sesso: ☐ m ☐ f

Domicilio di diritto civile

Nazionalità

Permesso di dimora (allegare copia) ☐ C ☐ B ☐ L ☐ G ☐ altri:

Stato civile

Assicurazione desiderata

N. dell'offerta

Indicazione: la perizia dentistica (pagine 2 e 3) deve essere compilata da un dentista diplomato, autorizzato a praticare la professione ed esercitante in Svizzera o in uno degli Stati confinanti con la Svizzera (D, F, A, I o FL). La proposta è valida solo se non sono trascorsi più di 6 mesi tra l'ultima cura/l'ultimo controllo ai denti e la data dell'inoltro della proposta. Inoltre sono da allegare due radiografie bite-wing (non più vecchie di sei mesi), provviste di nome e data. La perizia dentistica e le radiografie sono a carico della persona contraente (pagante i premi).

Bambini: vanno accluse le perizie e le radiografie dal 1° gennaio dell'anno in cui il bambino compie 7 anni.

Disposizioni LCA importanti

Le Condizioni d'assicurazione e gli elenchi annessi si trovano su www.sanitas.com/download

Con la mia firma

- Confermo di aver ricevuto, letto e accettato le Condizioni generali d'assicurazione (CGA), le Condizioni complementari (CC) inclusi gli elenchi annessi, le Condizioni particolari (CP), l'informazione per i clienti ai sensi dell'art. 3 della Legge federale sul contratto d'assicurazione (LCA) e il formulario informativo ai sensi dell'art. 45 della Legge sulla sorveglianza degli assicuratori (LSA), se la consulenza è stata effettuata da un intermediario.
- Confermo che i miei dati sul presente formulario di proposta sono completi, corretti e veritieri, anche se le risposte sono state compilate da terzi (rappresentanti).
- Autorizzo l'ente assicurativo a fornire informazioni necessarie per la valutazione della protezione assicurativa a medici, dentisti, centri termali, altri fornitori di prestazioni, assicuratori sociali, privati e autorità, ai suoi medici aziendali e di fiducia o a richiedere informazioni da questi. In questi casi gli interpellati sono sciolti dal segreto professionale e dall'obbligo del segreto nei confronti del Gruppo Sanitas.
- Autorizzo espressamente l'ente assicurativo a consultare il mio dossier per l'assicurazione base e/o complementare presso il Gruppo Sanitas, in particolare per la valutazione del rischio e la verifica di una reticenza.
- Autorizzo a verificare la mia appartenenza alla cerchia di persone di un contratto quadro dell'ente assicurativo. Inoltre, mi impegno espressamente a comunicare immediatamente all'assicuratore l'eventuale recesso dalla cerchia delle persone assicurate coperte da tale contratto. Sono stato informato degli sconti concessi. In caso di modifica o annullamento dello sconto, ho il diritto di recedere dal contratto d'assicurazione in questione alla fine dell'anno civile entro 30 giorni dal ricevimento della polizza o della notifica dell'adeguamento dello sconto. Fanno eccezione gli sconti limitati nel tempo;
- Autorizzo il Gruppo Sanitas a elaborare e a inoltrare internamente i miei dati per l'elaborazione dei sinistri, il ManagedCare o per scopi di marketing.

Luogo e data:

Firma della persona da assicurare o del rappresentante legale,
del tutore, dell'autorità di protezione dei minori e degli adulti:

Nome e indirizzo del rappresentante legale:

Intermediario:

Timbro della società partner/del makler:

N. Sanitas dell'intermediario:

Dental

Proposta

Contraente (persona pagante i premi)

Cognome, nome

Perizia dentistica

1. I denti della persona da assicurare si trovano attualmente nello stato:

Conservazione ☐ buono ☐ difettoso

Endodonzia ☐ buono ☐ difettoso

Parodontio ☐ buono ☐ difettoso

Ortognatodonzia ☐ buono ☐ difettoso

2. Esiste una protesi dentaria? Se sì, quale?

☐ no ☐ sì

☐ Corona ☐ buono ☐ difettoso

☐ Ponte ☐ buono ☐ difettoso

☐ Impianto ☐ buono ☐ difettoso

☐ Protesi ☐ buono ☐ difettoso

3. Esistono denti devitalizzati?

☐ no ☐ sì

Se sì, quali? (allegare le radiografie)

4. Sussistono conseguenze di un infortunio ai denti?

☐ no ☐ sì

Se sì, quali?

Data dell'infortunio

5. Sussiste una maldisposizione dei denti?

☐ no ☐ sì

Se sì, quale? ☐ Distocclusione mandibolare classe II ☐ Morso profondo ☐ Mesializzazione classe III

☐ Morso aperto

☐ Mancanza di spazio

☐ Morso incrociato

☐ Altro:

6. Sussiste un'anomalia dei denti?

☐ no ☐ sì

Se sì, quale?

7. Mancano dei denti con fila di denti chiusa?

☐ no ☐ sì

Se sì, sussiste una rotazione dei denti?

☐ no ☐ sì (se sì, allegare le radiografie)

8. La persona da assicurare è attualmente in cura?

☐ no ☐ sì

Se sì, perché?

9. È prevista oppure auspicabile una cura?

☐ no ☐ sì

Se sì, perché? Quando?

10. Quando ha effettuato l'ultima cura dentaria, risp. l'ultimo controllo?

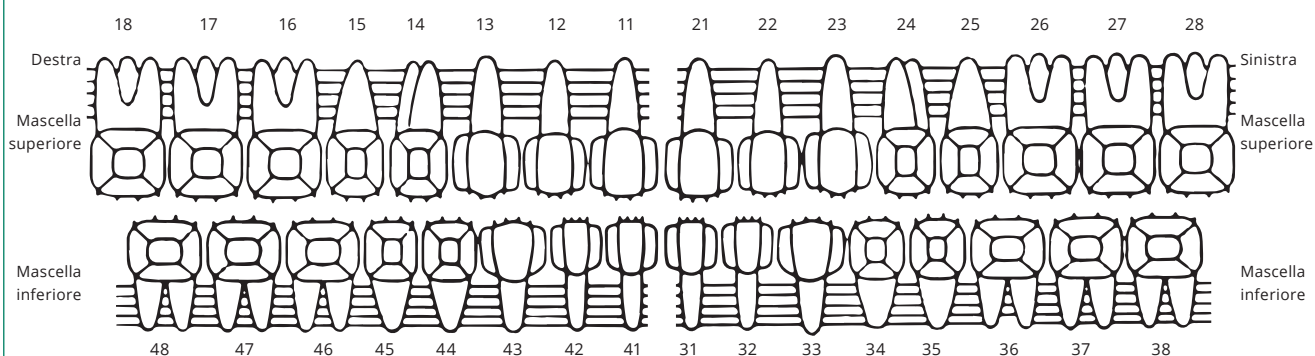
Proposta

Contraente (persona pagante i premi)

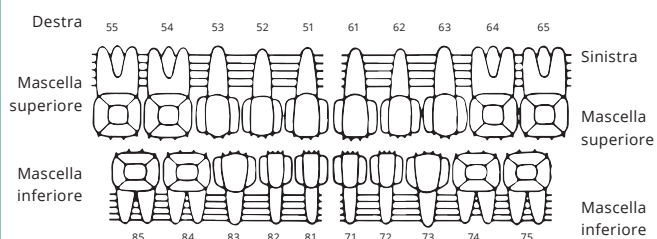
Cognome, nome

Osservazioni del medico dentista

Nello schema indicare la situazione attuale con il rispettivo simbolo:



Denti di latte:



- X Dente mancante
- /// Dente mancante con fila di denti chiusa
- ⊢ Otturazioni
- Corona
- Ponte
- ⊗ Impianto
- ^ Protesi totale, mascella superiore
- ∪ Protesi totale, mascella inferiore
- ⌵ Protesi parziale, mascella superiore
- ⌴ Protesi parziale, mascella inferiore
- D Dente devitalizzato
- R Dente ritenuto
- ZK Rotazione dei denti
- O Dente cariato / otturazione difettosa

Ha risposto in modo completo a tutte le domande e ha allegato le radiografie?

Luogo e data:

Timbro e firma del dentista:
