

Proposta cure

Assicurazione dentaria

1 / 3

Contraente (persona pagante i premi)

Cognome, nome

Persona da assicurare

Cognome, nome

Data di nascita, sesso

Domicilio di diritto civile

Assicurazione desiderata

N° dell'offerta

Indicazioni supplementari

Nazionalità

Permesso di dimora (p.es. C, B, L, G/allegare copia)

Stato civile

--	--	--

Osservazione: 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.

Importanti disposizioni LCA

Troverà le Condizioni generali d'assicurazione su www.sanitas.com/downloads.

Confermo di aver ricevuto e accettato le rispettive condizioni d'assicurazione (Condizioni generali d'assicurazione [CGA], Condizioni Complementari [CC], 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.

Scioglio medici, dentisti, personale sanitario e altro personale medico, assicuratori malattia e altri uffici competenti dal segreto professionale legale o contrattuale nei confronti delle società del Gruppo Sanitas e di altri enti assicurativi secondo l'assicurazione da me richiesta. Li autorizzo a dare le informazioni necessarie in relazione all'assicurazione richiesta per l'esame del rischio e la verifica di reticenza. Autorizzo in particolare l'ente assicurativo a consultare un eventuale dossier proveniente dall'assicurazione base e/o complementare e a elaborare i dati.

Autorizzo l'ente assicurativo a verificare l'appartenenza a una cerchia di persone di un contratto collettivo. Inoltre mi impegno a rendere nota tempestivamente l'uscita dalla cerchia di persone assicurate in virtù di tale contratto. Sono stato/a informato/a degli sconti concessi e prendo atto che la perdita o la modifica di uno sconto non dà diritto alla disdetta.

Autorizzo l'utilizzo dei miei dati personali se sono necessari per l'elaborazione di sinistri, per questioni di ManagedCare o per scopi di marketing.

Luogo e data

Firma della persona da assicurare

o del rappresentante legale, del tutore o dell'autorità tutoria



Nome, cognome e indirizzo del tutore

Mediatore

Timbro della società partner/del makler

Numero Sanitas del mediatore

Persona da assicurare

Perizia dentistica

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

Conservazione	<input type="checkbox"/> buona	<input type="checkbox"/> difettosa
Endodonzia	<input type="checkbox"/> buona	<input type="checkbox"/> difettosa
Parodontosi	<input type="checkbox"/> buona	<input type="checkbox"/> difettosa
Ortognatodonzia	<input type="checkbox"/> buona	<input type="checkbox"/> difettosa

2 Esiste una protesi dentaria? no si

Se si, quale?	Stato	
<input type="checkbox"/> Corona	<input type="checkbox"/> buona	<input type="checkbox"/> difettosa
<input type="checkbox"/> Ponte	<input type="checkbox"/> buona	<input type="checkbox"/> difettosa
<input type="checkbox"/> Impianto	<input type="checkbox"/> buona	<input type="checkbox"/> difettosa
<input type="checkbox"/> Protesi	<input type="checkbox"/> buona	<input type="checkbox"/> difettosa

3 Esistono denti devitalizzati? no si

Se si, quali? (allegare le radiografie)

4 Sussistono conseguenze dovute a un infortunio ai denti? no si

Se si, quali?	Data dell'infortunio
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5 Sussiste una maldisposizione dei denti? no si

Se si, quale?	Altre maldisposizioni	
<input type="checkbox"/> Distocclusione mandibolare classe II	<input type="checkbox"/> Morso profondo	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Mesializzazione classe III	<input type="checkbox"/> Morso aperto	
<input type="checkbox"/> Mancanza di spazio	<input type="checkbox"/> Morso incrociato	

6 Sussiste un'anomalia dei denti? no si

Se si, quale?

7 Mancano dei denti con fila di denti chiusa? no si

Se si, sussiste una rotazione dei denti?

no si (allegare le radiografie)

8 La persona da assicurare è attualmente in cura? no si

Se si, perché?

9 È prevista una cura o sarebbe auspicabile? no si

Se si, perché?	Quando?
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Data

Persona da assicurare

Osservazioni del medico dentista

Nello schema indicare la situazione attuale con il rispettivo simbolo:

Legend:

- X Dente mancante
- ≡ Dente mancante con fila di denti chiusa
- ⊢ Otturazione
- 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

Denti decidui

55 54 53 52 51 61 62 63 64 65

MS destra MS sinistra

MI destra MI sinistra

85 84 83 82 81 71 72 73 74 75

Luogo e data

Timbro e firma del medico dentista

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