

Proposta d'assicurazione per l'assicurazione per cure dentarie DENTApplus secondo la LCA

Persona da assicurare	Nome, cognome		
Data di nascita	Via, n.		
	NPA, località, paese		
Rappresentante legale per minorenni	Nome, cognome		
Assicurazioni dal	Giorno	Mese	Anno
Offerta d'assicurazione DENTApplus			
Variante	Gruppo d'età	Premio	CHF
Sconto		Premio netto	CHF
Domande sullo stato di salute			
1 Assume o ha assunto negli ultimi 5 anni regolarmente medicinali o le è stata prescritta la loro assunzione? (eccetto pillole anticoncezionali)		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
	Se sì, quali?		
	Dal	al	
2 È invalido o ha un'infermità congenita? (Se sì, alleggi p.f. una copia della decisione AI)		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
	Se sì, genere dell'invalidità/dell'infermità congenita?		
3 Attualmente segue un trattamento odontoiatrico o ne è previsto uno?		<input type="checkbox"/> Sì	<input type="checkbox"/> No
	Sì, nome e indirizzo del dentista		
4 Con quale frequenza si reca ad effettuare un controllo dei denti?	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> 1 volta all'anno	<input type="checkbox"/> 2 volte all'anno
5 Con quale frequenza si reca ad effettuare una pulizia dei denti?	<input type="checkbox"/> Mai	<input type="checkbox"/> 1 volta all'anno	<input type="checkbox"/> 2 volte all'anno

Indicazioni per il proponente / la persona da assicurare

Deve fare compilare il presente certificato medico-dentistico da un dentista con diploma federale (o da un dentista ad esso equiparato in base alle disposizioni cantonali o da un igienista dentale diplomato). **I costi per l'attestato, per la visita di controllo e per le radiografie sono a carico del proponente / della persona da assicurare.** Il diritto a prestazioni nell'assicurazione per cure dentarie DENTApplus inizia dopo un periodo di carenza di 6 mesi a partire dall'inizio dell'assicurazione.

Con la mia firma confermo di aver risposto in maniera completa e veritiera alle domande precedenti e che anche le risposte che non ho scritto di proprio pugno corrispondono esattamente alle mie indicazioni.

Con la mia firma esonero i fornitori di prestazioni, gli assicuratori malattia, medici di fiducia e gli altri uffici competenti dal loro obbligo del segreto legale o contrattuale nei confronti delle società del gruppo Helsana e di altri assicuratori secondo le assicurazioni da me richieste, in particolare nei confronti dei loro uffici addetti all'esame del rischio, e li autorizzo a fornire le informazioni necessarie sulle assicurazioni richieste (per l'esame del rischio e l'accertamento di una reticenza). Il gruppo Helsana comprende Helsana Assicurazioni SA, Helsana Assicurazioni integrative SA e Helsana Infortuni SA.

Autorizzo Helsana Assicurazioni integrative SA, i membri del gruppo Helsana e le sue aziende partner secondo le assicurazioni da me richieste, in particolare i loro uffici addetti all'esame, a consultare e a trattare, ai fini dell'esame del rischio o dell'accertamento di una reticenza, l'eventuale dossier dell'assicurazione di base e/o delle assicurazioni integrative.

Tali dati personali sono trattati e conservati in una banca dati o su carta soltanto finché è previsto dalle disposizioni legali e contrattuali o da un'eventuale riconsiderazione a favore di una persona interessata all'assicurazione respinta in un primo momento. Successivamente vengono eliminati.

Confermo di aver ricevuto, prima di aver inoltrato la proposta, le Condizioni d'assicurazione (CGA/CSA/CA/CPA) per le assicurazioni integrative richieste, l'informazione ai clienti secondo la LCA, eventuali schede prodotto corrispondenti e, nel caso in cui la consulenza sia avvenuta mediante terzi o collaboratori di Helsana, il formulario informativo secondo la LSA del consulente assicurativo e di averne preso atto.

Sono d'accordo di ricevere regolarmente, per SMS, e-mail, posta o telefono, informazioni e pubblicità su altri prodotti e offerte del gruppo Helsana che potrebbero essere adattati alle mie esigenze e acconsento espressamente al trattamento dei dati in relazione a tali azioni. Sono altresì d'accordo di ricevere regolarmente, per SMS, e-mail, posta o telefono, informazioni e pubblicità su prodotti e offerte di aziende partner del gruppo Helsana riportati sul sito Web di Helsana e acconsento espressamente al trattamento dei dati in relazione a tali azioni. Ho preso atto delle disposizioni sulla protezione dei dati pubblicate sul sito Web di Helsana concernenti questo impiego supplementare. Inoltre sono informato sulle aziende partner del gruppo Helsana riportate su tale sito.

Prendo atto che sono tenuto a comunicare per iscritto al servizio clienti un'eventuale revoca del mio consenso al trattamento dei miei dati ai fini di marketing di cui sopra.

Luogo e data

Firma della persona da assicurare / del rappresentante legale

X

X



Questionario dentistico relativo all'assicurazione per cure dentarie DENTApplus secondo la LCA

Persona da assicurare	Nome, cognome			
	Data di nascita			
I costi per l'attestato, per la visita di controllo e per le radiografie sono a carico del proponente / della persona da assicurare.	Dal 7° compleanno, i chiarimenti sono effettuati solo con le radiografie (almeno 2 bite-wing), effettuate negli ultimi 2 anni. Le radiografie saranno restituite dopo l'esame del rischio. Rispondere a ogni domanda.			
1 Quando ha avuto luogo l'ultimo controllo dentistico? (non deve essere stato effettuato più di un anno fa)	Data			
2 Sussiste una malattia che influisce o potrebbe influire sullo stato dei denti?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
3 Sono stati effettuati finora controlli dentistici e detartraggi?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
4 Sono previste cure dentarie?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
5 Sussistono abrasioni o erosioni?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
6 Sussiste una malposizione dei denti o maxillo-mandibolare?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
7 Sussistono otturazioni?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
8 Sussiste una protesi dentaria fissa o mobile?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No			
9 Igiene?	<input type="checkbox"/> Cattiva <input type="checkbox"/> Mediocre <input type="checkbox"/> Buona			
10 Stato del parodonto? Per favore allegare un indice delle tasche eventualmente realizzato.	<input type="checkbox"/> Cattivo <input type="checkbox"/> Mediocre <input type="checkbox"/> Buono			
11 Sussistono denti mancanti, non sostituiti o sussiste un'assenza di denti?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> 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 trattamenti radicolari?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> 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 con diploma federale (o da un dentista ad esso equiparato in base alle disposizioni cantonali o da un igienista dentale diplomato) 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.

Luogo e data

Timbro e firma del medico dentista / dell'igienista dentale

X

X

