

Portafoglio div. n. Consulente clienti n.

Consulente clienti

Intermediario n.

Proposta di assicurazione per le cure dentarie

Polizza n.

Proponente / Persona assicurata

Cognome Nome Data di nascita Via/n. NPA/Luogo Indicazioni complementari per l'indirizzo Inizio 01. CS Edizione

Assicurazioni complementare secondo LCA (Assicuratore: KPT Assicurazioni)

Varianti assicurative (Variante desiderata X)	Premio mens. CHF
<input type="checkbox"/> Cl. 0 50 % dei costi delle cure dentarie/per le correzioni delle posizione dei denti, max. CHF 300.- per anno	
<input type="checkbox"/> Cl. 1 50 % dei costi delle cure dentarie/per le correzioni delle posizione dei denti, max. CHF 500.- per anno	
<input type="checkbox"/> Cl. 2 50 % dei costi delle cure dentarie/per le correzioni delle posizione dei denti, max. CHF 1000.- per anno	
<input type="checkbox"/> Cl. 3 75 % dei costi delle cure dentarie/per le correzioni delle posizione dei denti, max.. CHF 1500.- per anno	
<input type="checkbox"/> Cl. 6 75 % per le correzioni della posizione dei denti, max. CHF 10'000.- per anno civile	

Domande concernenti la persona assicurata e lo stato di salute

La richiesta di assicurazione può essere elaborata solo se è stata fornita risposta integrale e secondo verità a tutte le domande e se l'«Apprezzamento medico-dentistico» è stato debitamente compilato e firmato dal medico dentista. Trattini o altri caratteri non sono ammessi come risposta e dunque non possono essere accettati.

Cifra		sì	no
1	Dispone di un'assicurazione malattie/infortuni? In caso affermativo, presso quale cassa o compagnia, risp. presso l'INSAI?	malattie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		infortuni <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Dispone di altre assicurazioni per le cure dentarie? In caso affermativo, presso quale cassa o compagnia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	In passato è già stata respinta una domanda, risp. disdetto un contratto di assicurazione per le cure dentarie che la riguardava? In caso affermativo, da parte di chi/quando/perché?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Soffre di una malattia dell'apparato masticatorio? In caso affermativo, di quale malattia si tratta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Soffre di una malattia grave sistemica per la quale potrebbe essere necessario un trattamento dentistico? In caso affermativo, di quale malattia si tratta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Con la sua firma conferma d'aver ricevuto una copia delle Condizioni generali di assicurazione (CGA) e nel caso dovuto le Condizioni speciali (CS) applicabili. La KPT Assicurazioni SA elabora i dati personali dei propri clienti esclusivamente ai fini assicurativi e in osservanza delle direttive figenti sulla protezione dei dati. La conservazione dei dati personali è eseguita sia in forma fisica sia in forma elettronica ed è protetta dell'accesso non autorizzato da parte di terzi.

Luogo e data

Firma

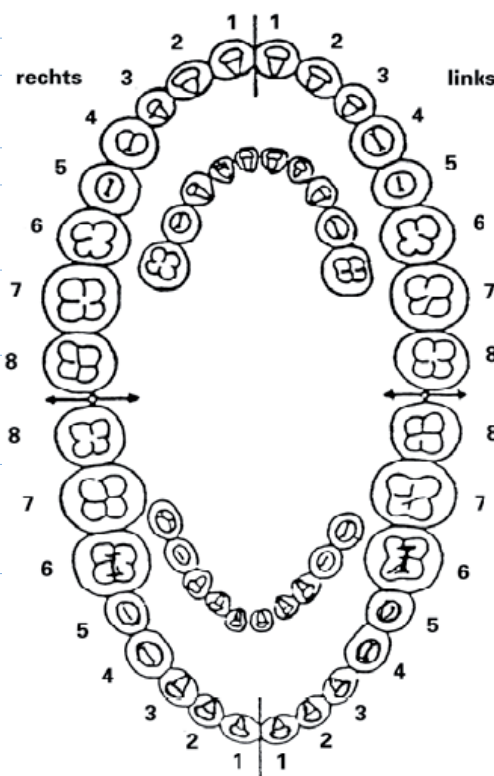
Proponente o rappresentante legale

Apprezzamento medico-dentistico

Eventuali spese connesse al presente certificato sono a carico del proponente

Pf. rispondere con precisione a tutte le domande

1 Stato del paradonzio	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> mediocre*	<input type="checkbox"/> cattivo*
Per quale motivo lo stato è mediocre o cattivo? (p. es. età)	*Pf. allegare le radiografie esistenti		
2 Igiene	<input type="checkbox"/> buona	<input type="checkbox"/> mediocre	<input type="checkbox"/> insufficiente
3 Occlusione	<input type="checkbox"/> buona	<input type="checkbox"/> cattiva	
Perché?	Pf. allegare una radiografia bite-wing		
4 Diagnosi precisa concernente l'ortopedia mascellare E' previsto attualmente o in futuro un trattamento di ortopedia mascellare?	<input type="checkbox"/> CL I	<input type="checkbox"/> CL II	<input type="checkbox"/> CL III
In caso affermativo, quale?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì	
5 Otturazioni	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì	materiale
In caso affermativo, qual'è il loro stato?	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> mediocre	<input type="checkbox"/> cattivo
Pf. contrassegnare nello schema i denti corrispondenti mediante <O>			
6 Corone / Ponti	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì	
In caso affermativo, qual'è il loro stato?	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> mediocre	<input type="checkbox"/> cattivo
Per quale motivo lo stato è mediocre o cattivo?			
Pf. contrassegnare nello schema i denti corrispondenti mediante <C> per corone e <P> per ponti			
7 Protesi	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì	
In caso affermativo, qual'è il loro stato?	<input type="checkbox"/> buono	<input type="checkbox"/> mediocre	<input type="checkbox"/> cattivo
Per quale motivo lo stato è mediocre o cattivo?			
Fare uno schizzo della protesi nello schema e contrassegnarla con <P>			
8 Denti mancanti, non sostituiti	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì	
In caso affermativo, contrassegnare nello schema i denti corrisp. mediante <X>			
9 Quando è terminato l'ultimo trattamento ?			
10 Quando ha trattato per la prima volta i suo / la sua paziente?			
11 Quando ha avuto luogo la visita per l'ammissione nell'assicurazione per le cure dentarie?			
12 Prossimamente o entro tempi prevedibili sarà necessario un trattamento?	<input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> sì	
In caso affermativo, di che tipo di trattamento si tratta?			
Quando verrà eseguito il trattamento?			
Perché non ha potuto essere eseguito precedentemente?			



Il medico dentista sottoscritto conferma che
 - sono state eseguite tutte le visite necessarie
 - il questionario è stato compilato in modo veritiero

Data

Timbro e firma

del medico dentista