

# Proposta di assicurazione per le cure dentarie secondo la LCA

N.B.: da compilare fino al 4° anno di età (fa fede la data della firma della proposta)

Tutte le indicazioni relative alle persone si riferiscono a entrambi i sessi e a una o più persone.

Variante				Premio mensile	Variante				Premio mensile
Quota	Limite annuo			EE	Quota	Limite annuo			EE
				(00-18)					(00-18)
50%	max	CHF	600.- all'anno	7.60	75%	max	CHF	1500.- all'anno	22.40
75%	max	CHF	600.- all'anno	9.40	75%	max	CHF	1800.- all'anno	26.20
50%	max	CHF	1200.- all'anno	15.00	75%	max	CHF	3000.- all'anno	41.10
75%	max	CHF	1200.- all'anno	18.70	75%	max	CHF	5000.- all'anno	59.80

Inizio dell'assicurazione 01 . [ ] . [ ]

## Dati sulla persona

Persona assicurata

Ass. Visana n.			
Cognome / nome			
Via / n.			
NPA / luogo			
Libretto per stranieri			
Telefono privato	[ ]	Telefono ufficio	[ ]
E-mail			
Data di nascita	[ ]	[ ]	[ ]
Sesso	m	f	Lingua d f i
Nuova ammissione			
Modifica			
Rientro			

**Persona che paga i premi****Indirizzo** (compilare solo i campi che non coincidono con quelli dello stipulante)

Cognome				
Nome				
Via / n.				
Complemento / casella postale				
NPA / luogo				
Telefono privato		Telefono ufficio		
E-mail				
Sesso	m	f	Lingua	d f i

**Modalità di pagamento / Fatturazione**

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

**Traffico dei pagamenti**

Conto postale n.		Nome della banca	
IBAN			
NPA / luogo (filiale)			

**Modalità di pagamento desiderata per la fattura dei premi e la fattura della partecipazione ai costi**

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

\* Si prega di compilare il modulo di autorizzazione all'addebito diretto (LSV+) / Debit Direct e di inviarcelo il prima possibile.

**\*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.**

**Condizioni contrattuali****Apponendo la mia firma** (contrassegnare ciò che fa al caso)

richiedo la stipula delle assicurazioni complementari secondo la LCA (Legge sul contratto d'assicurazione) summenzionate.

- prendo atto del fatto che il presente documento non è una richiesta di offerta, bensì una proposta vincolante per la stipula di un contratto di assicurazione ai sensi della LCA.
- confermo che i dati contenuti nel presente contratto di assicurazione, anche laddove le risposte siano state stilate dal consulente assicurativo/dalla consulente assicurativa o da terzi, sono completi, corretti e veritieri e corrispondono esattamente ai fatti.
- autorizzo Visana Assicurazioni SA a richiedere e fornire a tutto il personale medico e/o altri assicuratori sociali e privati, autorità e alle società attive in ambito assicurativo all'interno del Gruppo Visana (Visana Assicurazioni SA, Visana SA, sana24 SA, vivacare SA, Galenos SA) le informazioni necessarie alla verifica della proposta e libero espressamente i servizi informativi summenzionati dal segreto professionale e dall'obbligo del segreto nei confronti di Visana Assicurazioni SA.
- confermo di aver ricevuto e di accettare le Condizioni generali d'assicurazione (CGA), le Condizioni complementari (CC) e/o le Condizioni integrative del contratto d'assicurazione (CI) per le assicurazioni richieste.
- prendo atto del fatto che, in caso di termine del rapporto di lavoro o di risoluzione dell'iscrizione all'associazione/alla federazione, il passaggio dall'assicurazione collettiva a quella individuale avverrà automaticamente a decorrere dal mese seguente.
- fornisco il mio consenso affinché le informazioni sulle assicurazioni complementari da me stipulate secondo la Legge sul contratto d'assicurazione (LCA) possano essere consultate elettronicamente mediante la tessera d'assicurato.

**Confermo inoltre**

di aver ricevuto dal/dalla consulente le informazioni ai sensi dell'art. 45 LSA;

di aver ricevuto dal/dalla consulente una copia del protocollo di consulenza;

di aver ricevuto il promemoria «Informazione per la clientela ai sensi della LCA» e – qualora sia stata richiesta l'assicurazione di protezione giuridica di Visana – anche il promemoria «Informazioni per la clientela protezione giuridica ai sensi della LCA».

**Autorizzo**

Visana Assicurazioni SA a fornire al mio / alla mia consulente informazioni su eventuali esclusioni / rifiuti, senza comunicare dati sulla mia salute.

**Ci sono altri contratti ai sensi della LCA attivi per la durata dei prodotti indicati nella proposta?**

Insieme alla proposta è necessario presentare una copia della polizza dell'assicurazione precedente.

Fornisco il mio consenso a un eventuale cumulo di assicurazioni. Sono consapevole del fatto che, in questo modo, pagherò i premi dell'assicurazione fino al termine della durata contrattuale sia presso il mio assicuratore attuale, sia presso Visana.

Acconsento esplicitamente a un eventuale rinvio d'inizio dell'assicurazione necessario per l'assicurazione complementare. Sono consapevole del fatto che Visana si riserva di richiedere una nuova dichiarazione sullo stato di salute e che, in tal caso, a posteriori, le assicurazioni complementari richieste potrebbero essere concesse solo in forma limitata o anche rifiutate.

Il protocollo di consulenza compilato e firmato è allegato alla proposta relativa all'assicurazione per le cure dentarie§

Luogo /  
Data

Firma

**Cognome / nome del/della consulente****Timbro e firma del/della consulente  
Consulente  
n.**

Luogo / Data

**Firma della persona da assicurare oppure  
del suo rappresentante**