



All the insurance you need.
sympny

Assicurazione dentaria dental

La protezione intelligente contro i buchi nel budget familiare – per grandi e piccini.

dental

Prestazioni senza otturazioni.

Spese dentarie minime

dental concede generosi contributi per:

- Trattamenti odontoiatrici
- Prestazioni di laboratorio
- Profilassi e controlli

E addirittura anche se si effettuano i trattamenti in una nazione confinante con la Svizzera!

dental fa rimanere di stucco:

- Per i bambini fino a tre anni gratis* e senza esame sullo stato di salute
- Per denti sani, fino a CHF 100.- all'anno per profilassi e visite di controllo, radiografie incluse

Completa ed affidabile

Il diritto alle prestazioni **dental** subentra di regola già dopo sei mesi. Per trattamenti protesici quali corone, ponti, dentiere, perni, trattamenti parodontari, ecc., il periodo di carenza si estende a dodici mesi.

L'assicurazione può essere stipulata o condotta solo insieme ad almeno uno dei seguenti assicurativi: Assicurazione di base, **plus**, **premium**, **complemento generale**, **complemento privato**, **hospita** o **salto**.

Quale buco desiderate otturare? Premi mensili in CHF dall' 1.1.2019

Ecco le varianti dental disponibili:

Premi mensili Copertura assicurativa	Età 0-3*	4-5*	6-10	11-15	16-18	19-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	>60
50%, max. CHF 1'000.-/ per anno civile	gratis	4.50	7.00	17.00	17.00	15.50	22.00	24.00	26.00	30.50	32.00	33.50	35.00	36.00
75%, max. CHF 1'500.-/ per anno civile	gratis	8.00	13.00	30.50	30.50	27.50	39.50	43.00	47.00	55.00	58.00	60.50	63.00	65.00
75%, max. CHF 5'000.-/ per anno civile	gratis	16.00	26.50	62.50	62.50	56.50	81.00	89.00	96.50	113.50	119.00	124.50	129.50	133.50

* Il premio si applica dal 1° gennaio dell'anno in cui il bambino compie 4 anni.

Richiesta di conclusione assicurativa per dental

Entrata:

N. assicurato

Si prega di inviare il modulo compilato a: Sympany, Verkauf und Betreuung, Postfach, 4002 Basel

1. Dati personali

Cognome:

Data di nascita:

(coniugati prego indicare entrambi i cognomi)

Nome:

N. telefonico (raggiungibile durante il giorno):

Via/n. civico:

NAP/località:

Sesso M F

Contraente assicurativo (cognome, nome, data di nascita):

2. Variante d'assicurazione

Prego contrassegnare la variante desiderata.

Insurance cover

- 50%, massimo. CHF 1'000.-/per anno civile
 75%, massimo. CHF 1'500.-/per anno civile
 75%, massimo. CHF 5'000.-/per anno civile

Premio/mese

3. Inizio assicurazione

Desidero l'inizio di **dental** a partire dal:

4. Traffico pagamenti

Non compilare, se i corrispondenti dati sono già noti a Sympany.

Conto per:

rimborsi conto premi (LSV)

Titolare del conto:

N. conto:

Cognome:

posta banca

Nome:

Nome:

NAP, località

Filiale:

Modalità di pagamento: mensile bimestrale trimestrale semestrale annuale

Assicurati collettivamente: pagamento premi mediante deduzione salariale

Data/visto collaboratore Sympany:

Prego compilare integralmente il retro



5. Stato di salute

Si prega di rispondere ad ogni domanda in modo chiaro. I trattini non costituiscono una risposta valida.

Malattie già sussistenti alla stipulazione del contratto, come denti mancanti, non curati o mal posizionati, affezioni e difetti della mascella, ecc. non sono assicurati.

1. a) A quando risale l'ultimo trattamento o controllo dentistico? (Deve rientrare negli ultimi dodici mesi)
Mese e anno:

b) Nome e indirizzo dello studio dentistico curante all'epoca:

c) I denti sono completamente a posto (non è più necessario alcun trattamento)?

sì no

Osservazioni:

Nota: nei seguenti casi sono necessari ulteriori trattamenti:

- se l'ultimo trattamento o controllo risale a più di un anno fa;
- se devono essere estratti dei denti e gli spazi devono essere chiusi con denti a perno, ponti e corone o se è necessaria una protesi parziale o totale;
- se lavori protesici preesistenti sono in cattive condizioni o difettosi.

d) È attualmente previsto un trattamento dentario/controllo? Se sì, perché?

sì no

2. a) Esistono malformazioni dentarie?

sì no

Diagnosi:

b) Esistono malformazioni parodontarie?

sì no

Diagnosi:

3. a) Esistono affezioni gengive/paradenzio?

sì no

Diagnosi:

b) Esistono affezioni cavo orale?

sì no

Diagnosi:

c) Esistono affezioni mandibolari?

sì no

Diagnosi:

6. Dichiarazione d'adesione

Con la mia firma

- dichiaro di aver risposto in modo completo e veritiero alle domande relative alle assicurazioni complementari ai sensi della LCA. Questa dichiarazione vale anche per le risposte che non ho inserito personalmente.
- dichiaro di conoscere l'identità dell'assicuratore e di essere a conoscenza e di accettare il contenuto sostanziale del contratto di assicurazione (rischi assicurati, entità della copertura assicurativa, premi e ulteriori obblighi da parte mia, durata minima del contratto, diritto di revoca, termini di disdetta e Condizioni generali di assicurazione (CGA) nonché Condizioni speciali (CS)). Confermo inoltre di conoscere le informazioni precontrattuali «Informativa per i clienti ai sensi della LCA». Ho preso espressamente visione delle CGA e delle CS relativamente a correzioni ortodontiche e maternità. In caso di intermediazione da parte di terzi, confermo inoltre di conoscere l'identità dell'intermediario e che le risposte scritte da una terza persona o dall'intermediario sono conformi alle mie indicazioni.
- autorizzo Sympany Versicherungen AG ed eventuali altri assicuratori delle assicurazioni da me richieste a raccogliere presso medici, dentisti/e, terapisti/terapeuti, ospedali, personale medico, nonché assicurazioni malattia e altre compagnie assicurative le informazioni (soprattutto sullo stato di salute) necessarie per la stipula delle assicurazioni ai sensi della LCA, esonerandoli dal segreto professionale. Sympany Versicherungen AG si impegna a trattare le informazioni ricevute con il massimo riserbo.
- autorizzo tutti gli assicuratori delle assicurazioni richieste a prendere visione del mio dossier dell'assicurazione malattia presso Sympany Versicherungen AG.
- autorizzo l'assicuratore, se necessario per la valutazione della copertura assicurativa ai fini dell'accertamento di una reticenza e della liquidazione di un sinistro, a fornire informazioni a medici, altri fornitori di prestazioni, assicuratori sociali e privati e alle autorità ovvero a richiedere a tali uffici le informazioni necessarie. In questi casi esonerò le persone interpellate dall'obbligo del segreto professionale nei confronti degli assicuratori.

Luogo e data:

Firma (contraente assicurativo, rappresentante legale):

