

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)			
<input type="radio"/> 50%	max. CHF 600.– all'anno	7.30	<input type="radio"/> 75%	max. CHF 1500.– all'anno	21.70
<input type="radio"/> 75%	max. CHF 600.– all'anno	9.10	<input type="radio"/> 75%	max. CHF 1800.– all'anno	25.30
<input type="radio"/> 50%	max. CHF 1200.– all'anno	14.50	<input type="radio"/> 75%	max. CHF 3000.– all'anno	39.70
<input type="radio"/> 75%	max. CHF 1200.– all'anno	18.10	<input type="radio"/> 75%	max. CHF 5000.– all'anno	57.70

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

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	
Sesso	<input type="radio"/> m	<input type="radio"/> f	E-mail

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)* Direct Debit (Posta)* Fattura/polizza di versamento Fatture eBill

* Compilare il modulo LSV+/ Direct Debit

*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.

Luogo/Data	Firma
------------	-------

In base alla proposta, per la durata dei prodotti sussistono altri contratti in essere ai sensi della LCA?

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

Cognome / nome del/della consulente

Timbro e firma del/della consulente
Consulente

n. _____

Firma della persona da assicurare oppure
del suo rappresentante legale

Luogo / Data

--

--

--