

## Proposta di assicurazione complementare

**Cognome:** \_\_\_\_\_ **Nome:** \_\_\_\_\_ **Data di nascita:** \_\_\_\_\_ **NAP/Luogo:** \_\_\_\_\_ **VN:** \_\_\_\_\_

### AGRI-dental Assicurazione per le cure dentarie (LCA), Assicuratore Cassa malati Agrisano

**Categoria:** \_\_\_\_\_ **Premio mensile:** \_\_\_\_\_ **Inizio dell'assicurazione:** \_\_\_\_\_

### Dichiarazione sullo stato di salute (Versione 1.09)

Il proponente/rappresentante legale deve rispondere personalmente, scrivendo a mano, a ciascuna delle seguenti domande. Non sono ammessi spazi in bianco.

1. Quando è stata l'ultima volta che si è recato da un dentista? \_\_\_\_\_  
Il trattamento è terminato?  Sì  No
2. Sussiste una posizione errata dei denti o della mandibola che necessita di correzioni?  Sì  No
3. È prevista o in pianificazione una correzione della posizione dei denti?  Sì  No
4. Soffre/Ha sofferto di malattie delle gengive, della cavità orale e/o dell'apparato di sostegno dei denti?  Sì  No
5. Eccetto le visite annuali di profilassi, sono previsti trattamenti od operazioni?  Sì  No  
Se sì, quali? \_\_\_\_\_
6. Lei ha un'invalidità/un'infermità congenita nell'arco dentario mandibolare?  Sì  No  
Se sì, allegare per favore una copia della disposizione dell'AI.  
Tipo di invalidità/dell'infermità congenita? \_\_\_\_\_

### Dichiarazione del proponente e della persona da assicurare:

Con la mia firma confermo di aver risposto in modo completo e veritiero al formulario della dichiarazione sullo stato di salute e che anche le risposte che non ho scritto di proprio pugno corrispondono esattamente alle mie indicazioni. Riconosco i premi e le istruzioni della Cassa malati Agrisano e ho preso nota che l'occultamento e le indicazioni non veritiere hanno come conseguenza l'esclusione. Per tutte le domande concernenti questa proposta, esonero dall'obbligo del segreto professionale i medici, i dentisti, il personale medico, le case di cura, gli assicuratori precedenti e altri enti assicuratori. Autorizzo la Cassa malati Agrisano all'elaborazione dei dati necessari. L'assenso vale indipendentemente dal venire in essere del contratto. Confermo di aver ricevuto un esemplare delle condizioni di assicurazione.

Luogo, data, firma della persona proponente o del rappresentante legale

\_\_\_\_\_

Alla proposta per l'assicurazione complementare AGRI-dental deve essere allegato, in aggiunta, un questionario dentistico compilato da un dentista diplomato federale o da un dentista approvato dal cantone, incluse radiografie (2 Bitewing). La proposta è valida solamente se l'ultimo controllo/trattamento dentistico non risale a più di sei mesi prima della data della presentazione della proposta e le radiografie non risalgono a più di due anni fa. **I costi per l'attestato, la visita di controllo e le radiografie sono a carico del proponente.** Per bambini fino alla fine dell'anno civile (31.12.), in cui compiano 6 anni, non è necessario del questionario dentistico né delle radiografie.