

ÖKK DENTAL

L'assicurazione per le cure dentarie a costi calcolabili

BEN PROTETTI, BEN ASSICURATI

Con l'assicurazione complementare ÖKK DENTAL ha diritto alla prestazione già dopo sei mesi. Per interventi protesici come ad esempio corone, ponti, dentiere, denti a perno, trattamenti per correggere posizioni viziose dei denti e della mascella, il periodo di carenza è di dodici mesi. Se poi sceglie una variante con franchigia, spende ancora meno. La franchigia è stabilita in un importo fisso per anno. La prestazione massima a cui si ha diritto è calcolata sull'importo eccedente la franchigia.

PUÒ SCEGLIERE TRA LE SEGUENTI VARIANTI:

Aggiornato al: 1.1.2011

Variante	Copertura assicurativa per anno civile	Età 0-3	Età 4-5	Età 6-10	Età 11-18	Età 19-25	Età 26-30	Età 31-35	Età 36-40	Età 41-45	Età 46-50	Età 51-55	Età 56-60	Età da 61
A (250)	75 %, max. CHF 1'000.- Franchigia CHF 250.-	gratis	1.50	2.50	4.50 ¹⁾	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A	75 %, max. CHF 1'000.- Franchigia CHF 500.-	-	-	-	4.50 ²⁾	6.-	9.-	9.50	10.50	12.50	13.-	13.50	14.-	14.50
B	50 %, max. CHF 500.-	gratis	3.-	4.50	8.-	11.-	15.50	17.50	18.50	22.-	23.-	24.-	25.-	26.-
C	50 %, max. CHF 1'000.-	gratis	3.50	6.-	10.-	14.-	20.-	22.-	23.50	28.-	29.50	30.50	32.-	33.-
D	75 %, max. CHF 1'000.-	gratis	5.50	9.-	15.-	21.-	30.-	33.-	35.50	42.-	44.-	46.-	48.-	49.50
E	75 %, max. CHF 1'500.-	gratis	6.50	10.50	18.-	25.-	35.50	39.50	42.50	50.-	52.50	55.-	57.-	59.-
F	75 %, max. CHF 3'000.-	gratis	12.50	20.50	34.-	48.-	68.50	75.-	81.50	95.50	100.50	105.-	109.50	112.50
G (250)	75 %, max. CHF 5'000.- Franchigia CHF 250.-	gratis	9.50	16.-	26.50 ¹⁾	-	-	-	-	-	-	-	-	-
G (500)	75 %, max. CHF 5'000.- Franchigia CHF 500.-	-	-	-	26.50 ²⁾	37.-	52.50	58.-	62.50	73.50	77.-	81.-	84.-	86.50
H	75 %, max. CHF 5'000.-	gratis	13.-	22.-	37.-	51.50	73.50	81.-	87.50	103.-	108.-	113.-	117.50	121.50

¹⁾ solo fino a 15 anni

²⁾ 16-18 anni

DOMANDA DI ASSICURAZIONE PER ÖKK DENTAL

1. Dati personali e copertura assicurativa

Cognome e nome:	Data di nascita:	Sesso:	Variante assicurativa prescelta:	Premio mensile:
-----	-----	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	-----	-----

Via, n.: ----- NPA/Località: -----

Telefono: ----- Professione: -----

Cliente, rappresentante legale (cognome e nome, data di nascita): -----

2. Inizio dell'assicurazione

Voglio essere ammesso/a nell'assicurazione complementare ÖKK DENTAL alla data del -----

3. Pagamento (compilare solo se ÖKK non è ancora in possesso di questi dati)

Conto per: Rimborso Pagamento premi (LSV)

IBAN n.: ----- Conto postale Conto bancario: -----

Titolare del conto (cognome, nome, NPA, località): -----

Tipo di pagamento: mensile bimestrale trimestrale semestrale annuale

4. Condizioni di salute

Dichiaro di rispondere in modo completo e veritiero a tutte le domande. Prendo atto che informazioni false o incomplete possono avere come conseguenza la disdetta del contratto e il rifiuto della prestazione ovvero la richiesta di restituzione.

A. A quando risale l'ultimo controllo o trattamento dal dentista? Mese /anno: -----
Con quello si è conclusa la cura completa della dentatura? No Yes

Nome del/della dentista che l'ha curata allora: -----
Indirizzo: -----
Osservazioni: -----

B. Sono presenti – posizione viziosa dei denti? No Si Diagnosi: -----
– posizione viziosa della mascella? No Si Diagnosi: -----

C. Sono presenti – malattie delle gengive/paradenzio? No Si Diagnosi: -----
– malattie del cavo orale? No Si Diagnosi: -----
– malattie della mascella? No Si Diagnosi: -----

Avviso per il richiedente: dalla variante assicurativa D ci occorre avere un certificato del dentista. Fanno eccezione i bambini non ancora in età scolare che non hanno ancora ricevuto cure dentarie. Si prega di far compilare il questionario allegato da un dentista dipl. fed. (o da un dentista parigrado secondo le disposizioni cantonali o da un'igienista dentale diplomata). Per favore restituisca alla sua agenzia il certificato compilato dal dentista. I costi per il certificato medico, la visita di controllo e le radiografie sono a carico del richiedente.

5. Dichiarazione di adesione

Richiedo per me ovvero per la persona da me rappresentata la suddetta assicurazione con ÖKK. Acconsento che siano richieste a dentisti e ad assicurazioni malattie e società di assicurazione le necessarie informazioni sulle condizioni di salute ed esonero tutto il personale medico interessato dal segreto professionale nei confronti di ÖKK.

Luogo e data: -----

Firma: -----
(Cliente, rappresentante legale)