

EGK-DENT

Assicurazione per cure dentarie

Conformemente alle condizioni aggiuntive per l'assicurazione EGK-DENT attualmente in vigore, desidero stipulare un'assicurazione per cure dentarie a partire dal (data) _____ come segue:

- Adesione
 Modifica della copertura assicurativa

_____	_____	_____
COGNOME	NOME	DATA DI NASCITA*
_____	_____	_____
VIA E NO.	NPA/LUOGO	ASSICURATO/A NO

*Gli assicurati che hanno già compiuto il 60° anno di età non possono più concludere quest'assicurazione.

Classe assicurativa desiderata

Premio mensile

- Classe 1 50% dell'onorario del medico dentista fino a concorrenza di 500.– per anno civile CHF _____
- Classe 2 50% dell'onorario del medico dentista fino a concorrenza di CHF 1000.– per anno civile CHF _____
- Classe 3 75% dell'onorario del medico dentista fino a concorrenza di CHF 1500.– per anno civile CHF _____

_____	_____
LUOGO E DATA	FIRMA DEL/ DELLA RICHIEDENTE O DEL SUO RAPPRESENTANTE LEGALE

Attestato del medico dentista

(non necessario per i bambini assicurati dalla nascita)

Il sottoscritto medico dentista certifica che lo stato attuale della dentatura del/ della richiedente è il seguente:

- | | |
|--|---|
| • conservazione <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> cattivo | • paradenzio <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> cattivo |
| • protesi <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> cattivo | • ortopedia massellare <input type="checkbox"/> buono <input type="checkbox"/> cattivo |

Attualmente, la dentatura risp. i denti del/della richiedente necessitano di un trattamento?

- Sì No

Se sì, quale?

_____	_____
LUOGO E DATA	TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO DENTISTA

