

# 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

- 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

### Premio mensile

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**  buono  cattivo    • **paradenzio**  buono  cattivo  
• **protesi**  buono  cattivo    • **ortopedia massellare**  buono  cattivo

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

- Sì  No

Se sì, quale?

Area per la descrizione del trattamento necessario.

LUOGO E DATA	TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO DENTISTA
--------------	------------------------------------

