Proposition d'assurance
Soins dentaires selon la LCA

Remarque: à remplir jusqu'au quatrième anniversaire (la date de la signature de la proposition est déterminante)

Toutes les désignations de personnes peuvent se référer aux deux sexes et à une ou plusieurs personnes.

Données sur la personne			
Personne assurée			
N° d'assuré/e Visana			
Nom / prénom			
Rue / n°			
NPA / localité			
Permis de séjour pour personnes étrangères			
N° de téléphone privé		N° de téléphone professionnel	
Adresse électronique			
Date de naissance	. .		
Sexe	◯ m ◯ f	Langue	◯ d ◯ f ◯ i
◯ Nouvelle admission			
◯ Modification			
◯ Réaffiliation			

Variante				Prime mensuelle	Variante				Prime mensuelle
Part	Limite par an			AE	Part	Limite par an			AE
				(00–18)					(00–18)
◯ 50%	max.	CHF	600.– par an	7.60	◯ 75%	max.	CHF	1500.– par an	22.40
◯ 75%	max.	CHF	600.– par an	9.40	◯ 75%	max.	CHF	1800.– par an	26.20
◯ 50%	max.	CHF	1200.– par an	15.00	◯ 75%	max.	CHF	3000.– par an	41.10
◯ 75%	max.	CHF	1200.– par an	18.70	◯ 75%	max.	CHF	5000.– par an	59.80

Début d'assurance	01 .	.	

Personne payant la prime

Adresse (n'inscrire que les indications qui diffèrent de celles pour la personne assurée)

Nom			
Prénom			
Rue / n°			
Complément d'adresse / case postale			
NPA / localité			
N° de tél. privé		N° de tél. professionnel	
Adresse électronique			
Sexe	◯ m ◯ f	Langue	◯ d ◯ f ◯ i

Modalités de paiement / Rythme de facturation

◯ mensuel ◯ bimestriel ◯ trimestriel ◯ semestriel (escompte 1%) ◯ annuel (escompte 2%)

Coordonnées de paiement

N° du compte postal		Nom de la banque	
N° IBAN			
NPA / Lieu (filiale)			

Mode de paiement souhaité pour les factures de primes et de participations aux coûts

◯ LSV+ (recouvrement direct par la banque) * ◯ Debit Direct (poste) * ◯ Facture / bulletin de versement ◯ eBilling

* Veuillez remplir le formulaire d'autorisation de prélèvement automatique (LSV+) / Debit Direct et nous le soumettre dès que possible.

Nous attirons votre attention sur le fait que le début du débit LSV+ peut être reporté en raison du dépôt de l'autorisation de prélèvement LSV+ auprès de la banque et peut éventuellement entrer en vigueur plus tard que souhaité. En attendant la validation de l'autorisation de débit LSV+, nous vous faisons parvenir des bulletins de versement avec numéro de référence, pour le paiement des primes et des participations aux coûts.

Conditions contractuelles

Par ma signature (cocher ce qui convient)

◯ je demande la conclusion des assurances complémentaires selon la LCA (loi fédérale sur le contrat d'assurance) susmentionnées.

- je prends connaissance du fait qu'il ne s'agit pas d'une demande d'offre, mais d'une proposition contraignante, en vue de conclure un contrat d'assurance selon la LCA.
- je confirme que les indications figurant dans ce contrat d'assurance - même si les réponses ont été notées par le conseiller / la conseillère ou par des tiers - sont complètes, correctes et conformes à la vérité, et correspondent précisément à mes indications.
- j'autorise Visana Assurances SA à demander et fournir à l'ensemble du personnel médical et/ou à d'autres assureurs sociaux et privés, à des autorités ainsi qu'à des sociétés actives dans le domaine de l'assurance au sein du groupe Visana (Visana Assurances SA, Visana SA, sana24 SA, vivacare SA, Galenos SA) les renseignements nécessaires pour l'examen de la proposition et je libère expressément les services de renseignement susmentionnés du secret professionnel et de l'obligation de garder le secret vis-à-vis de Visana Assurances SA.
- je confirme avoir reçu les Conditions générales du contrat d'assurance (CGA), les Conditions complémentaires (CC) et les Conditions supplémentaires (CS) relatives aux assurances demandées et les accepter.
- je prends connaissance du fait qu'un passage automatique de l'assurance collective à l'assurance individuelle a lieu pour le mois suivant la fin du rapport de travail ou de l'affiliation en tant que membre d'une association.
- j'accepte que les données concernant les assurances complémentaires conclues selon la loi sur le contrat d'assurance (LCA) puissent être lues sous forme électronique, au moyen de la carte d'assuré.

De plus, je confirme

◯ avoir reçu du conseiller / de la conseillère les informations requises selon l'art. 45 LSA;

◯ avoir reçu du conseiller / de la conseillère une copie du procès-verbal de conseil;

◯ avoir reçu la notice «Information client LCA» et, si la proposition comprend l'assurance Protection juridique Visana, la notice «Information client sur la protection juridique LCA».

J'autorise

◯ Visana Assurances SA à transmettre à mon conseiller / ma conseillère des indications relatives à d'éventuels refus / exclusions, sans mentionner de données relatives à la santé.

Existe-t-il d'autres contrats selon la LCA en cours pour la durée des produits figurant dans la proposition?

Une copie de la police de l'assurance précédente doit être fournie avec la proposition.

◯ Je suis d'accord avec une éventuelle assurance multiple. J'ai conscience du fait que je paye ainsi les primes à l'assureur actuel ainsi qu'à Visana jusqu'à la fin de la durée contractuelle.

◯ J'accepte expressément un report du début de l'assurance complémentaire qui serait éventuellement nécessaire. J'ai conscience du fait que Visana se réserve le droit de demander une nouvelle déclaration de santé et que les assurances complémentaires demandées peuvent dans ce cas être accordées uniquement de manière restreinte voire refusées.

◯ Le procès-verbal de conseil complété et signé est joint à la proposition d'assurance Soins dentaires

Lieu / Date

Signature

Nom / Prénom du conseiller/de la conseillère

Timbre et signature du conseiller/de la conseillère

N°:

Lieu/Date

Signature de la personne à assurer ou de son/sa représentant/e