

## Proposition d'assurance

### Soins dentaires selon la LCA

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

Variante		Primes mensuelles											
Part remboursable	Limitation par an	AE	AE	AE	AE	AE	AE	AE	AE	AE	AE	AE	AE
		(00-18)	(19-25)	(26-30)	(31-35)	(36-40)	(41-45)	(46-50)	(51-55)	(56-60)	(61-65)	(66-xx)	
<input type="radio"/> 50%	au max. CHF 600.- par an	7.30	13.10	15.30	22.20	26.80	31.40	33.70	37.50	37.50	37.50	37.50	
<input type="radio"/> 75%	au max. CHF 600.- par an	9.10	16.30	19.10	27.70	33.50	39.20	42.10	46.80	46.80	46.80	46.80	
<input type="radio"/> 50%	au max. CHF 1200.- par an	14.50	26.10	30.60	44.40	53.60	62.80	67.40	75.00	75.00	75.00	75.00	
<input type="radio"/> 75%	au max. CHF 1200.- par an	18.10	32.50	38.20	55.40	66.90	78.40	84.10	93.60	93.60	93.60	93.60	
<input type="radio"/> 75%	au max. CHF 1500.- par an	21.70	39.00	45.80	66.50	80.20	93.90	100.80	112.30	112.30	112.30	112.30	
<input type="radio"/> 75%	au max. CHF 1800.- par an	25.30	45.40	53.40	77.50	93.50	109.50	117.50	130.90	130.90	130.90	130.90	
<input type="radio"/> 75%	au max. CHF 3000.- par an	39.70	71.40	83.90	121.70	146.90	172.00	184.60	205.60	205.60	205.60	205.60	
<input type="radio"/> 75%	au max. CHF 5000.- par an	57.70	103.80	122.10	177.10	213.70	250.40	268.70	299.20	299.20	299.20	299.20	

CHF

Accidents exclus  
 AE: âge effectif  
 Part remboursable: couverture d'assurance en %  
 Limitation: maximum en CHF par année civile

**Total prime mensuelle LCA**

Valable dès le 01 . . . . .

#### Données sur la personne

Personne assurée

Nom/prénom

Activité professionnelle actuelle

Rue/n°

NPA/lieu

Commune politique

Autorisation de séjour

N° de tél. privé N° de tél. professionnel

E-mail

Date de naissance

Sexe  m  f Langue  a  f  i

N° d'assuré/e Visana

Nouvelle admission Assureur précédent

Modification  Proposition provisoire  Passage contrat individuel/collectif

## Modalités de paiement

Modalités de paiement par analogie selon les propositions pour les autres assurances.

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

Nom

Prénom

Rue/n°

NPA/lieu

N° de tél. privé

N° de tél. professionnel

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

LSV+ (recouvrement direct par la banque)\*  Debit Direct (compte postal)\*  Facture/bulletin de versement  eBilling

\* Veuillez remplir le formulaire LSV+ / Debit Direct

\* Veuillez nous faire parvenir le formulaire relatif au système de recouvrement direct (LSV+) / Debit Direct dûment rempli, dans les meilleurs délais. 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, pour le paiement des primes et des participations aux coûts.

### Facturation à rythme

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

### Liaison de paiement

N° de compte postal

Nom de la banque

N° IBAN

NPA/lieu (filiale)

## Indications relatives à l'état de santé

### Déclaration concernant l'état de santé

1. Prenez-vous régulièrement des médicaments, ou cela a-t-il été le cas par le passé?  oui  non

Si oui, depuis quand / pour quelle durée?

Lesquels?

2. Présentez-vous une invalidité ou une infirmité congénitale ? Si oui, veuillez joindre une copie de la décision AI.  oui  non

Si oui, quel type d'invalidité ou d'infirmité congénitale?

3. Êtes-vous actuellement en traitement de médecine dentaire, ou un tel traitement est-il prévu?  oui  non

Si oui, veuillez indiquer le nom et l'adresse du médecin-dentiste.

4. À quelle fréquence faites-vous contrôler vos dents?  jamais  1x par an  2x par an

5. À quelle fréquence faites-vous effectuer des traitements d'hygiène dentaire?  jamais  1x par an  2x par an

### Indication pour la personne demandant l'assurance

Vous devez faire remplir l'attestation de médecine dentaire ci-jointe par un médecin-dentiste titulaire du diplôme fédéral. Les coûts de l'attestation, des examens de contrôle et des radiographies sont à la charge de la personne qui demande l'assurance. Le droit aux prestations dans l'assurance Soins dentaires commence au terme du délai de carence selon les CGA (au min. 6 mois après le début de l'assurance).

## Questionnaire dentaire

Personne assurée (données obligatoires à partir du 4<sup>ème</sup> anniversaire)

Nom / Prénom

Date de naissance

Adresse

Veillez joindre au formulaire rempli des radiographies originales récentes (remontant à deux ans au maximum). Pour les enfants, joindre les radiographies dans la mesure où elles existent. À partir de 16 ans révolus, il est obligatoire de joindre des radiographies. Les radiographies vous seront retour-nées une fois l'appréciation effectuée.

### Veillez répondre à toutes les questions!

1. Quand a eu lieu le dernier examen de contrôle chez un médecin-dentiste? (Ne devrait pas dater de plus d'une année.)

Date

2. Existe-t-il une maladie susceptible d'influencer l'état de la dentition?

oui  non

Si oui, quelle maladie?

3. Des contrôles de médecine dentaire et détartrages ont-ils déjà eu lieu jusqu'à ce jour?

oui  non

Si oui, à quels intervalles?

4. Un traitement est-il prévu?

oui  non

Si oui, quel traitement, et prévu pour quand?

5. La dentition présente-t-elle des abrasions ou érosions?

oui  non

Si oui, comment ce fait s'explique-t-il?

6. Y a-t-il une mauvaise position des dents ou de la mâchoire?

oui  non

Si oui, de quelle nature?

7. La dentition comporte-t-elle des obturations?

oui  non

Si oui, l'état de celles-ci est

mauvais  moyen  bon

8. Existe-t-il une prothèse, fixe ou amovible?

oui  non

Si oui, l'état de celle-ci est

mauvais  moyen  bon

9. Hygiène buccale?

mauvais  moyen  bon

10. État du parodonte? Dans la mesure où celui-ci est disponible, veuillez joindre un indice des poches.

mauvais  moyen  bon

11. Y a-t-il des dents manquantes non remplacées ou une anodontie?

oui  non

Si oui, veuillez marquer ci-contre

55 54 53 52 51 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 61 62 63 64 65  
85 84 83 82 81 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 71 72 73 74 75

12. Y a-t-il des dents cariées?

oui  non

Si oui, veuillez marquer ci-contre

55 54 53 52 51 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 61 62 63 64 65  
85 84 83 82 81 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 71 72 73 74 75

13. Y a-t-il des dents sur lesquelles un traitement radiculaire a été effectué?

oui  non

Si oui, veuillez marquer ci-contre

55 54 53 52 51 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 61 62 63 64 65  
85 84 83 82 81 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 71 72 73 74 75

14. Des dents ont-elles été endommagées par le fait d'un accident?

oui  non

Si oui, veuillez marquer ci-contre

55 54 53 52 51 18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28 61 62 63 64 65  
85 84 83 82 81 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38 71 72 73 74 75

Le médecin-dentiste soussigné confirme par la présente que le questionnaire a été rempli de façon conforme à la vérité. Des indications incomplètes ou fausses peuvent entraîner un refus de prestations ou l'instauration de réserves, ou également l'invalidation du contrat. Les coûts du certificat, des examens de contrôle et des radiographies sont à la charge de la personne souhaitant conclure l'assurance.

Lieu / date

Timbre et signature du médecin-dentiste

## Conditions du contrat d'assurance

Le / La soussigné/e déclare (cocher les rubriques correspondantes)

- avoir soumis à Visana Assurances SA par la présente proposition une demande pour l'admission dans une assurance selon la LCA (loi fédérale sur le contrat d'assurance) et
- avoir répondu de bonne foi et en toute conscience aux questions qui précèdent, de façon complète et exacte;
  - délier de leur obligation de garder le secret tous les médecins-dentistes, médecins, hôpitaux, caisses-maladie et assurances qui, jusqu'au moment de la présentation de la demande et ultérieurement, pourront fournir des renseignements sur l'état de santé de la personne à assurer et sur les prestations allouées, dans la mesure où ces indications sont nécessaires pour traiter la présente proposition;
  - avoir reçu les Conditions générales du contrat d'assurance (CGA) relatives aux assurances demandées et en reconnaître les dispositions;
  - avoir pris connaissance du fait que Visana Assurances SA peut vérifier la conformité des indications fournies dans le cadre de la présente proposition avec les données concernant les versements de prestations qui sont éventuellement déjà connues de Visana Assurances SA, Visana SA, sana24 SA ou vivacare SA. Cette possibilité de contrôle ne dispense pas la personne souhaitant conclure l'assurance de répondre de manière complète et exacte aux questions qui précèdent;
  - accepter 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/e.

### Je certifie par ailleurs également

- avoir reçu du conseiller / de la conseillère les informations requises selon art. 45 LSA;
- avoir reçu la notice «Information client LCA».

### Je donne autorisation

à Visana Assurances SA de communiquer à mon conseiller / ma conseillère les indications touchant d'éventuelles exclusions / refus de l'assurance.

Lieu / date

Signature

Lieu / date

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

Nom / Prénom  
du conseiller / de la conseillère

Timbre et signature  
du conseiller / de la conseillère

N°: \_\_\_\_\_