

## Proposition d'assurance

### Soins dentaires selon la LCA

Indication: remplir à partir du 4<sup>e</sup> 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.

Variante		Prime mensuelle										
Part	Limite annuelle	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% max. CHF 600.- par année	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% max. CHF 600.- par année	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% max. CHF 1200.- par année	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% max. CHF 1200.- par année	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% max. CHF 1500.- par année	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% max. CHF 1800.- par année	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% max. CHF 3000.- par année	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% max. CHF 5000.- par année	57.70	103.80	122.10	177.10	213.70	250.40	268.70	299.20	299.20	299.20	299.20

CHF

Couverture-accident exclue  
 AE: âge effectif  
 Part: couverture d'assurance en %  
 Limite: montant maximal en CHF par année civile

**Total prime mensuelle LCA**

Début d'assurance 01 .  .

#### 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

## 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	
Sexe	<input type="radio"/> m	<input type="radio"/> f	Adresse électr. <input type="text"/>

### Modalités de paiement

#### Rythme de facturation

mensuel     bimestriel     trimestriel     semestriel escompte 1%     annuel escompte 2%

#### paiements

N° du compte postal			
Nom de la banque			
N° C			
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 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 avec numéro de référence, pour le paiement des primes et des participations aux coûts.

## Indications relatives à l'état de santé

### Déclaration de santé

1. Êtes-vous atteint/e d'une invalidité ou d'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?

2. Êtes-vous actuellement en traitement de médecine dentaire, ou un tel traitement est-il prévu?     Oui     Non

Si oui, veuillez indiquer le nom du/de la dentiste:

3. Quand a eu lieu le dernier examen de contrôle chez un/e dentiste?  
(Remarque: si le dernier examen de contrôle dentaire remonte à plus d'un an, un nouvel examen doit être effectué.)

Date

### Indication pour la personne souhaitant s'assurer

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

## 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 ainsi que les réponses aux questions relatives à la santé - même si les réponses ont été notées par le conseiller / la conseillère, 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 intermédiaire des indications relatives à d'éventuels refus / exclusions, sans mentionner de données relatives à la santé.

Lieu / Date

Signature

### 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 du conseil complété et signé est joint à la demande d'assurance Soins dentaires

Nom / Prénom du conseiller/de la conseillère

Timbre et signature du conseiller/de la conseillère

N°:

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

Lieu / Date

## Questionnaire concernant l'état de la dentition

Personne assurée

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, des radiographies doivent impérativement être jointes. Les radiographies vous seront retournées une fois l'appréciation effectuée.

### Veillez répondre à toutes les questions sans exception!

1. Quand a eu lieu le dernier examen de contrôle chez un/e dentiste?  
(Si le dernier examen de contrôle dentaire remonte à plus d'un an, un nouvel examen doit être effectué.)

Date

2. Existe-t-il une maladie qui influence / pourrait influencer l'état des dents?  Oui  Non

Si oui, laquelle?

3. Des contrôles dentaires ont-ils été effectués jusqu'à présent?  Oui  Non

Si oui, à quels intervalles?

4. Un traitement est-il prévu, si oui quand?  Oui  Non

Date

5. Les dents présentent-elles des abrasions ou érosions?  Oui  Non  
 Abrasions  Érosions

Si oui, pourquoi?

6. Existe-t-il des anomalies de la mâchoire et/ou de la position des dents?  Oui  Non

Si oui, de quelle nature?

Classe d'angle:  I  II  III  Oui  Non

Des traitements orthodontiques sont-ils prévus ou ont-ils déjà commencé?

Si oui, lesquels et quand ont-ils été / sont-ils effectués?

Coûts restants en CHF:

Une suspicion a-t-elle été exprimée?  Oui  Non

Si oui, pourquoi?

Quand le/la patient/e a-t-elle été informé/e?

Date

(Si un devis est disponible, veuillez le joindre à la proposition.)  Oui  Non

7. Y-a-t-il des dents cariées?

Si oui, veuillez cocher le numéro de la dent concernée 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

8. Y-a-t-il des obturations?  Oui  Non

Si oui, veuillez cocher le numéro de la dent concernée 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

9. Existe-t-il des dents ayant fait l'objet d'un traitement radiculaire?  Oui  Non

Si oui, veuillez cocher le numéro de la dent concernée 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

10. Existe-t-il des dents ayant été endommagées par un accident?  Oui  Non

Si oui, veuillez cocher le numéro de la dent concernée 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

11. Existe-t-il une parodontite?  Oui  Non

12. Existe-t-il saignements gingivaux?  Oui  Non

Wenn ja, weshalb?

13. Existe-t-il des poches gingivales de 4 mm et plus?  Oui  Non

Si oui, veuillez cocher le numéro de la dent concernée 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. Hygiène buccale  mauvaise  moyenne  bonne

Le/La dentiste soussigné/e 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, de réserves ou la résiliation du contrat. Les coûts de l'attestation, de l'examen de contrôle et des radiographies sont à la charge de la personne souhaitant conclure l'assurance.

Lieu / date

Timbre et signature du / de la dentiste