



Assurance dentaire dental

Une recette futée contre les trous dans
le budget – pour petits et grands.

dental

Prestations sans faille.

Frais dentaires réduits au minimum

dental sert des contributions généreuses pour:

- Traitements dentaires
- Prestations de laboratoire
- Prophylaxie et contrôle

Par ailleurs également lorsque les soins sont prodigués dans un pays voisin de la Suisse!

dental ne laisse aucun trou:

- Gratuite* pour les enfants jusqu'à l'âge de trois ans sans examen de santé
- Jusqu'à CHF 100.- par année civile pour la prophylaxie et un examen de contrôle des dents saines, radiographie comprise

Sans faille et fiable

Le droit aux prestations de **dental** débute ordinairement déjà après 6 mois. Pour les mesures prothétiques telles que les couronnes, ponts, prothèses dentaires, dents à pivot, le traitement d'anomalies du positionnement des dents et des maxillaires, le délai d'attente est de douze mois.

L'assurance ne peut être souscrite ou maintenue qu'en combinaison avec au moins une des assurances suivantes: assurance de base, **plus**, **premium**, **hospita**, **salto**, **supplément général** ou **supplément privé**.

Quel trou voulez-vous boucher? Primes mensuelles en CHF dès le 1.1.2017

Vous pouvez choisir parmi les variantes dental suivantes:

Primes mensuelles Couverture d'assurance	Age 0-3*	4-5*	6-10	11-15	16-18	19-25	26-30	31-35	36-40	41-45	46-50	51-55	56-60	>60
50%, max. CHF 1'000.-/ par année civile	gratuit	4.50	7.00	17.00	17.00	15.50	22.00	24.00	26.00	30.50	32.00	33.50	35.00	36.00
75%, max. CHF 1'500.-/ par année civile	gratuit	8.00	13.00	30.50	30.50	27.50	39.50	43.00	47.00	55.00	58.00	60.50	63.00	65.00
75%, max. CHF 5'000.-/ par année civile	gratuit	16.00	26.50	62.50	62.50	56.50	81.00	89.00	96.50	113.50	119.00	124.50	129.50	133.50

* La prime est due à partir du 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle l'enfant atteint l'âge de 4 ans.

Demande de conclusion de l'assurance dental

Reçu le:

N° d'assuré:

Veuillez envoyer le formulaire complété à: Sympany, Verkauf und Betreuung, Postfach, 4002 Basel

1. Données personnelles

Nom:

Date de naissance:

(Personnes mariées: veuillez indiquer les deux noms de famille)

Prénom:

Téléphone (joignable la journée):

Rue et no:

NPA/localité:

Sexe M F

Preneuse/preneur d'assurance (nome de famille, prénom, date de naissance)

2. Variantes d'assurance

Veuillez cocher la variante désirée.

Couverture d'assurance

- 50%, max. CHF 1'000.-/par année civile
 75%, max. CHF 1'500.-/par année civile
 75%, max. CHF 5'000.-/par année civile

Prime/mois

3. Début d'assurance

Je désire que l'assurance **dental** prenne effet au:

4. Opérations de paiement

Remplir uniquement si Sympany ne connaît pas encore ces indications.

Compte pour:

remboursements facture de prime (LSV)

Titulaire du compte:

Compte n°:

Nome de famille:

Poste Banque

Prénom:

Nom:

NPA, lieu de domicile

Filiale:

Mode de paiement: mensuel bimestriel trimestriel semestriel annuel

Assurés collectifs: paiement des primes par déduction sur le salaire

Date/timbre du gestionnaire:

Veuillez remplir complètement le verso.



5. Etat de santé

Veillez répondre clairement à chaque question. Des traits ne valent pas comme réponse.

Les affections existantes au moment de la conclusion de l'assurance, notamment les dents non assainies ou manquantes, les malpositions des dents, les anomalies des mâchoires etc. ne sont pas assurées.

1. a) Quand avez-vous effectué votre dernier traitement ou contrôle dentaire? (Doit avoir eu lieu au cours des douze derniers mois) Mois et année:
-
- b) Nom et adresse du cabinet dentaire ayant effectué la prestation:
-
- c) Les dents sont-elles parfaitement saines (aucun traitement supplémentaire nécessaire)?
- oui non
- Remarques:
-
-
- Remarque: dans les cas suivants d'autres traitements sont nécessaires:
- si le dernier traitement ou contrôle remonte à plus d'un an,
 - si des dents ont été retirées et l'interstice doit être comblé à l'aide de dents à pivot, ponts ou couronnes ou si une prothèse partielle ou intégrale est nécessaire,
 - si les travaux prothétiques existants sont en mauvais état ou défectueux.
- d) un traitement/contrôle dentaire est-il prévu actuellement? Si oui, pour quelle raison?
- oui non
-
2. a) Y a-t-il des anomalies du positionnement des dents?
- oui non
- Diagnostic:
-
- b) Y a-t-il des anomalies des maxillaires?
- oui non
- Diagnostic:
-
3. a) Y a-t-il des maladies des gencives/du parodonte?
- oui non
- Diagnostic:
-
- b) Y a-t-il des maladies de la cavité buccale?
- oui non
- Diagnostic:
-
- c) Y a-t-il des maladies des maxillaires?
- oui non
- Diagnostic:
-

6. Déclaration d'adhésion

Par ma signature,

- je déclare avoir donné des réponses complètes et sincères aux questions relatives aux assurances complémentaires selon la LCA. Cette déclaration vaut également pour les réponses que je n'ai pas inscrites personnellement;
- je déclare avoir connaissance de l'identité de l'assureur ainsi que des grandes lignes du contrat d'assurance et l'accepter (risques assurés, étendue de la couverture d'assurance, primes et mes autres obligations, durée minimale du contrat, droit de rétractation, délais de résiliation ainsi que les Conditions générales d'assurance (CGA) et les Conditions particulières (CP). Par ailleurs, je confirme connaître les informations précontractuelles «Information clients selon la LCA». J'ai expressément pris connaissance des Conditions générales d'assurance et/ou des CP relatives aux traitements orthodontiques et à la maternité. En cas d'intermédiation d'un tiers, je confirme par ailleurs connaître l'identité de l'intermédiaire et que les réponses notées par un tiers ou par l'intermédiaire sont conformes à mes instructions;
- j'autorise Sympany Versicherungen AG et les autres assureurs des assurances que j'ai sollicitées à demander aux **médecins**, dentistes, thérapeutes, hôpitaux, professionnels de la santé, assurances-maladie et autres sociétés d'assurance les renseignements (notamment sur l'état de santé) requis pour la conclusion des assurances selon la LCA et les délie du secret professionnel à cet effet. Sympany Versicherungen AG s'engage à traiter les informations reçues en toute confidentialité.
- j'autorise tous les assureurs des assurances demandées à consulter mon dossier d'assurance-maladie chez Sympany Versicherungen AG;
- j'autorise les assureurs, dans la mesure où cela s'avère nécessaire pour l'évaluation de la couverture d'assurance, pour la clarification d'une réticence et pour le traitement des sinistres, à transmettre aux médecins, autres prestataires, assureurs sociaux et privés ainsi qu'aux autorités les renseignements requis, respectivement à les solliciter. Dans ces cas, je libère les personnes sollicitées de leur secret professionnel envers les assureurs.

Lieu et date:

Preneuse/preneur d'assurance,
Représente légale/représentant légal

