

# Proposition d'assurance

## Soins dentaires selon la LCA

Indication: remplir à partir du 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.

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)
50%	max.	CHF	600.- par année	7.60	13.60	15.90	23.10	27.90	32.60	35.00	39.00	39.00	39.00	39.00
75%	max.	CHF	600.- par année	9.40	16.90	19.80	28.80	34.70	40.60	43.60	48.60	48.60	48.60	48.60
50%	max.	CHF	1200.- par année	15.00	27.00	31.70	46.00	55.50	65.00	69.80	77.70	77.70	77.70	77.70
75%	max.	CHF	1200.- par année	18.70	33.70	39.60	57.50	69.30	81.20	87.20	97.10	97.10	97.10	97.10
75%	max.	CHF	1500.- par année	22.40	40.30	47.40	68.80	83.00	97.20	104.30	116.20	116.20	116.20	116.20
75%	max.	CHF	1800.- par année	26.20	47.10	55.30	80.20	96.80	113.40	121.70	135.50	135.50	135.50	135.50
75%	max.	CHF	3000.- par année	41.10	73.90	86.90	126.10	152.10	178.20	191.20	213.00	213.00	213.00	213.00
75%	max.	CHF	5000.- par année	59.80	107.60	126.50	183.50	221.40	259.40	278.30	310.00	310.00	310.00	310.00

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

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.**

## 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 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.

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 de conseil complété et signé est joint à la proposition d'assurance Soins dentaires

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 légal/e

## Questionnaire concernant l'état de la dentition

Personne assurée

Nom / Prénom

Date de  
naissance

Adresse

### 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, quand ont-elles été constatées?		Date:																																																					
Quand le patient/la patiente ou son/sa représentant/e légal/e en a-t-il/elle été informé/e?		Date:																																																					
De quel type de malposition s'agit-il? (Si un devis est disponible, veuillez le joindre à la proposition)																																																							
Classe d'angle:		I	II																																																				
			III																																																				
Quels sont actuellement les coûts restants à prévoir? (en cas de correction / traitement déjà en cours)		CHF																																																					
7. Une suspicion a-t-elle été exprimée?		Oui	Non																																																				
Quand le patient/la patiente ou son/sa représentant/e légal/e en a-t-il/elle été informé/e?		Date:																																																					
De quel type de malposition s'agit-il? (Si un devis est disponible, veuillez le joindre à la proposition)																																																							
8. Y-a-t-il des dents cariées?		Oui	Non																																																				
9. Y-a-t-il des obturations?		Oui	Non																																																				
Si oui, veuillez cocher le numéro de la dent concernée ci-contre.		<table border="1"> <tr> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> </tr> <tr> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> <td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> </tr> </table>		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
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 fait l'objet d'un traitement radiculaire?		Oui	Non																																																				
Si oui, veuillez cocher le numéro de la dent concernée ci-contre.		<table border="1"> <tr> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> </tr> <tr> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> <td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> </tr> </table>		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
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 des dents ayant été endommagées par un accident?		Oui	Non																																																				
Si oui, veuillez cocher le numéro de la dent concernée ci-contre.		<table border="1"> <tr> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> </tr> <tr> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> <td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> </tr> </table>		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
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. Existe-t-il une parodontite?		Oui	Non																																																				
13. Existe-t-il saignements gingivaux?		Oui	Non																																																				
Si oui, pourquoi?																																																							
14. 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.		<table border="1"> <tr> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> <td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> </tr> <tr> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> <td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> </tr> </table>		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
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																														
15. 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, des 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