

Proposition

Preneur d'assurance (payeur de primes)

Nom et prénom: _____

Personne à assurer

Nom et prénom: _____

Sexe: ☐ M ☐ F

Domicile de droit civil: _____

Nationalité: _____

Permis de séjour (joindre une copie): ☐ C ☐ B ☐ L ☐ G ☐ Autres: _____

État civil: _____

Assurance souhaitée

N° d'offre: _____

Remarque: l'expertise dentaire (pages 2 et 3) doit être délivrée par un dentiste diplômé. En outre, il doit être autorisé à pratiquer en Suisse ou dans un pays limitrophe à la Suisse (D, F, A, I ou FL). La proposition est valable pour autant qu'il ne se soit pas écoulé plus de six mois entre le dernier traitement / contrôle dentaire et la date de la remise de la proposition. De plus, deux radiographies bitewing (ne remontant pas à plus de six mois), sur lesquelles le nom et la date doivent être indiqués, doivent être jointes. Les frais d'expertise dentaire et les radiographies sont à la charge du preneur d'assurance (payeur de primes).

Enfants: l'expertise et les radiographies doivent être jointes à compter du 1^{er} janvier de l'année pendant laquelle l'enfant fêtera son 7^e anniversaire.

Dispositions LCA importantesLes conditions d'assurance et les listes complémentaires figurent sur sanitas.com/telechargements**Par ma signature,**

- je confirme avoir reçu, lu et approuvé les conditions générales d'assurance (CGA), les conditions complémentaires (CC), y compris les listes complémentaires, les conditions particulières (CP), les informations selon l'article 3 de la loi sur le contrat d'assurance (LCA) et, dans la mesure où j'ai bénéficié des conseils d'un intermédiaire, le formulaire d'information selon l'article 45 de la loi sur la surveillance des assurances (LSA).
- je confirme expressément que les indications me concernant et figurant sur ce formulaire sont exhaustives, correctes et conformes à la vérité, même si elles ont été saisies par une personne tierce (représentant).
- j'autorise l'organisme d'assurance à recueillir les informations nécessaires à l'évaluation de la couverture d'assurance auprès des médecins, dentistes, établissements hospitaliers, autres fournisseurs de prestations, assureurs sociaux et privés ainsi qu'auprès des autorités et à les transmettre à ses médecins-conseils. Les organismes mentionnés sont déliés de leur obligation de garder le secret vis-à-vis du groupe Sanitas.
- j'autorise expressément l'organisme d'assurance à consulter les données d'un éventuel dossier d'assurance maladie de base et/ou d'assurance complémentaire existant auprès du groupe Sanitas, ce afin qu'il soit en mesure d'évaluer la couverture d'assurance dans le cadre de l'examen de risque et de la vérification d'une réticence.
- j'autorise l'organisme d'assurance à vérifier mon appartenance au cercle d'assurés d'un contrat-cadre. Je m'engage, en outre, à annoncer immédiatement à l'assureur mon départ du cercle d'assurés d'un tel contrat. J'ai été informé(e) des rabais accordés. En cas de modification ou de suppression du rabais, j'ai le droit de résilier le contrat d'assurance concerné, avec effet à la fin de l'année civile, dans les 30 jours suivant la réception de la police ou de la communication relative au changement de rabais. À l'exception des rabais temporaires;
- je consens, au sein du groupe Sanitas, à ce que mes données puissent être transmises et traitées dans le cadre du traitement des sinistres et de ManagedCare ainsi qu'à des fins de marketing.

Lieu et date: _____

Signature de la personne à assurer ou du représentant légal,
du curateur, de l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte: _____Nom et adresse du représentant légal: _____

Intermédiaire: _____

Timbre de la société partenaire / du courtier: _____

N° d'intermédiaire Sanitas: _____

Proposition

Preneur d'assurance (payeur de primes)

Nom et prénom: _____

Expertise dentaire

1. Les dents de la personne à assurer se trouvent actuellement dans l'état suivant:

Conservation ☐ Bon ☐ DéfectueuxEndodontie ☐ Bon ☐ DéfectueuxParodontie ☐ Bon ☐ DéfectueuxOrthodontie ☐ Bon ☐ Défectueux

2. Existe-t-il une prothèse dentaire? Si oui, laquelle?

☐ Non ☐ Oui☐ Couronne ☐ Bon ☐ Défectueux☐ Bridge ☐ Bon ☐ Défectueux☐ Implant ☐ Bon ☐ Défectueux☐ Prothèse ☐ Bon ☐ Défectueux

3. Y a-t-il des dents dévitalisées?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, lesquelles? (joindre les radiographies)

4. Existe-t-il des séquelles d'un accident dentaire?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, lesquelles?

Date de l'accident: _____

5. Existe-t-il une malposition des dents?

☐ Non ☐ OuiSi oui, laquelle? ☐ Distocclusion cl. II ☐ Occlusion profonde ☐ Mésiocclusion, cl. III☐ Bédance occlusale dentaire ☐ Chevauchement ☐ Supra-alvéolie☐ Autres: _____

6. Existe-t-il une anomalie dentaire?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, laquelle?

7. Manque-t-il des dents dans une rangée de dents fermée?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, y a-t-il une rotation des dents?

☐ Non ☐ Oui (joindre les radiographies)

8. La personne à assurer suit-elle actuellement un traitement?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, pourquoi?

9. Un traitement est-il planifié ou souhaitable?

☐ Non ☐ Oui

Si oui, pourquoi? Quand?

10. Quelle est la date du dernier traitement dentaire ou du dernier contrôle effectué?

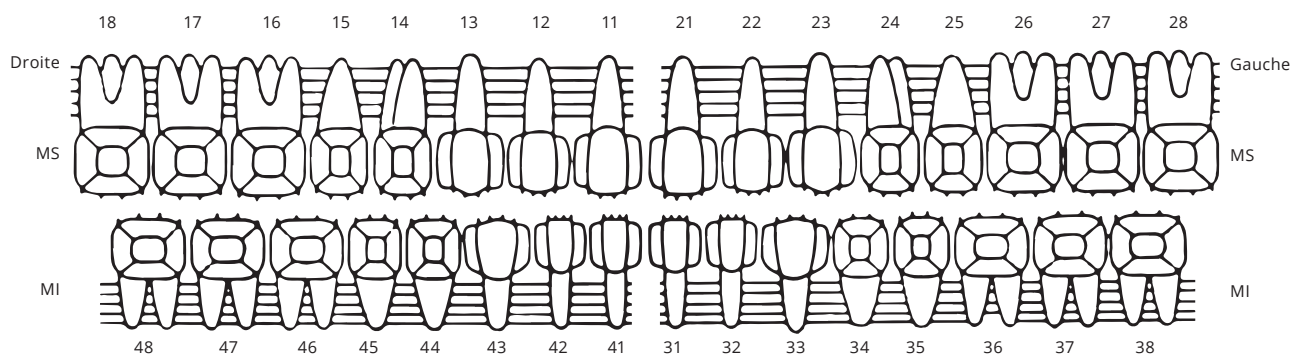
Proposition

Preneur d'assurance (payeur de primes)

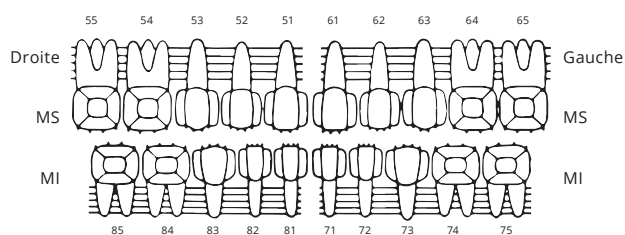
Nom et prénom: _____

Remarques du dentiste:

Prière de reporter les résultats sur le schéma avec le symbole correspondant:



Dents de lait:



- X Dent manquante
- Dent manquante dans une rangée de dents fermée
- ⊢ Plombage
- Couronne
- ┌ Bridge
- ⊗ Implant
- ^ Prothèse totale, mâchoire supérieure
- ∪ Prothèse totale, mâchoire inférieure
- ⋈ Prothèse partielle, mâchoire supérieure
- ⋈ Prothèse partielle, mâchoire inférieure
- D Dent dévitalisée
- R Dent incluse
- Z Rotation des dents
- O Dent cariée / plombage défectueux

Avez-vous répondu à toutes les questions et joint les radiographies?

Lieu et date: _____

Timbre et signature du dentiste: _____