

# 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

# dental

## Prestations sans faille

### 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 catégories d'assurance suivantes: **base, plus, premium, hospita, salto, supplément général, 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 2016	Age													
Couverture d'assurance	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%, CHF 1000.- max. / 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%, CHF 1500.- max. / 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%, CHF 5000.- max. / 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

# Demande de conclusion de l'assurance dental

Veuillez compléter les indications correspondantes dans les paragraphes marqués en jaune.

Reçu le: \_\_\_\_\_

N° d'assuré: \_\_\_\_\_

## 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: \_\_\_\_\_  masculin  féminin

Police principale de la famille/preneur d'assurance  
(nom, prénom, date de naissance) \_\_\_\_\_

## 2. Variantes d'assurance

Veuillez cocher la variante désirée.

Couverture d'assurance	Prime/mois
<input type="checkbox"/> 50%, CHF 1000.- max./par année civile	_____
<input type="checkbox"/> 75%, CHF 1500.- max./par année civile	_____
<input type="checkbox"/> 75%, CHF 5000.- max./par année civile	_____

## 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)

Compte n°: \_\_\_\_\_  Poste  Banque, nom: \_\_\_\_\_ Filiale: \_\_\_\_\_

Titulaire du compte (nom, prénom, NPA, lieu de domicile): \_\_\_\_\_

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!

Je déclare avoir répondu complètement et sincèrement à toutes les questions. Je prends note que les indications inexactes ou manquantes peuvent entraîner un refus ou une réduction des prestations, une demande en restitution, une réserve portant effet rétroactif ou une exclusion rétroactive de prestations d'assurance avec demande en restitution ou la résiliation du contrat par Sympany. 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 suivi pour la dernière fois un traitement dentaire (doit se situer dans les 12 derniers mois)? Mois et année: \_\_\_\_\_
- b) Nom et adresse du dentiste traitant d'alors: \_\_\_\_\_
- c) L'assainissement complet de la dentition a-t-il ainsi été terminé?  oui  non

Remarques: \_\_\_\_\_

(Les dentitions assainies pour la dernière fois depuis plus d'une année ne peuvent pas être qualifiées de complètement assainies. Les dentitions dans lesquelles des dents doivent être enlevées, dans lesquelles les dents manquantes doivent être remplacées par des dents à pivot, des ponts et des couronnes ou qui requièrent des prothèses partielles ou totales ne sont pas réputées assainies. Il en va de même pour les travaux prothétiques existants, se trouvant en mauvais état ou défectueux.)

2. Y a-t-il des
- anomalies du positionnement des dents?  oui  non Diagnostic: \_\_\_\_\_
  - anomalies des maxillaires?  oui  non Diagnostic: \_\_\_\_\_
3. Y a-t-il des
- maladies des gencives/du parodonte?  oui  non Diagnostic: \_\_\_\_\_
  - maladies de la cavité buccale?  oui  non Diagnostic: \_\_\_\_\_
  - maladies des maxillaires?  oui  non Diagnostic: \_\_\_\_\_

## 6. Déclaration d'adhésion

Je demande pour moi-même, respectivement pour la personne que je représente, la conclusion de l'assurance mentionnée ci-dessus auprès de Sympany. Je donne mon accord à ce que des renseignements nécessaires sur l'état de santé puissent être demandés aux dentistes ainsi qu'aux caisses-maladie et aux compagnies d'assurance et je délègue toutes les personnes médicales concernées du secret professionnel à l'égard de Sympany.

Lieu et date: \_\_\_\_\_

(preneur d'assurance, titulaire de la police principale de la famille, représentant légal): \_\_\_\_\_