

Proposition d'assurance pour l'assurance des soins dentaires DENTApplus selon la LCA

| | | | |
|--|---|--|--|
| Personne à assurer | Prénom, nom | | |
| Date de naissance | Rue, N° | | |
| | NPA, localité, pays | | |
| Représentant légal pour les mineurs | Prénom, nom | | |
| Assurances dès le | Jour | Mois | Année |
| Offre d'assurance DENTApplus | | | |
| Variante | Groupe d'âge | Prime | CHF |
| Rabais | | Prime nette | CHF |
| Questions sur l'état de santé | | | |
| 1 Au cours des 5 dernières années, avez-vous pris ou prenez-vous régulièrement des médicaments ou des médicaments vous ont-ils été prescrits? (à l'exception de la pilule contraceptive) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| | Si oui, lesquels? | | |
| | Du | au | |
| 2 Êtes-vous atteint(e) d'une invalidité ou d'une infirmité congénitale? (Si oui, veuillez joindre une copie de la décision AI) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| | Si oui, type d'invalidité/d'infirmité congénitale? | | |
| 3 Êtes-vous en ce moment en traitement chez un dentiste ou avez-vous l'intention d'entreprendre un tel traitement? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| | Oui, nom et adresse du dentiste | | |
| 4 À quels intervalles effectuez-vous des contrôles dentaires? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> 1 x par année | <input type="checkbox"/> 2 x par année |
| 5 À quels intervalles effectuez-vous des nettoyages dentaires? | <input type="checkbox"/> Jamais | <input type="checkbox"/> 1 x par année | <input type="checkbox"/> 2 x par année |

Informations pour le proposant / la personne à assurer

Le certificat dentaire ci-joint doit être complété par un dentiste détenteur du diplôme fédéral (ou, selon les dispositions cantonales, par un dentiste lui étant assimilé ou par un hygiéniste dentaire diplômé). **Les coûts de l'attestation, de l'examen de contrôle et des radiographies sont à la charge du proposant / de la personne à assurer.** Le droit aux prestations au titre de l'assurance des soins dentaires DENTApplus débute après l'écoulement du délai de carence de 6 mois à compter du début de l'assurance.

Par ma signature, je confirme avoir répondu complètement et conformément à la vérité aux questions posées et que les réponses auxquelles je n'ai pas répondu personnellement de ma main sont parfaitement conformes à mes indications.

Par ma signature, je délègue les fournisseurs de prestations, assureurs-maladie, médecins-conseils et autres services compétents de leur obligation légale et contractuelle de garder le secret vis-à-vis des sociétés du Groupe Helsana et d'autres assureurs selon les assurances que je souhaite conclure, et plus particulièrement vis-à-vis de leurs services d'examen du risque, et je les autorise à fournir tous les renseignements nécessaires en relation avec l'assurance souhaitée (pour l'examen du risque et pour la vérification de la réticence). Le Groupe Helsana comprend Helsana Assurances SA, Helsana Assurances complémentaires SA et Helsana Accidents SA.

J'autorise Helsana Assurances complémentaires SA et les membres du Groupe Helsana, ainsi que les entreprises partenaires selon les assurances que je souhaite conclure, et plus particulièrement leurs services d'examen du risque, à consulter le dossier d'assurance-maladie qui, le cas échéant, a été établi au titre de l'assurance de base et/ou de l'assurance complémentaire et à le traiter pour l'examen du risque et la vérification de la réticence.

Les données personnelles ne sont ni traitées ni conservées dans une base de données ou sur papier plus longtemps que les dispositions légales ou contractuelles ainsi que l'éventualité d'une reconsidération d'un refus préalable en faveur d'une personne intéressée par une assurance ne l'exigent impérativement. Elles sont ensuite effacées.

Je confirme avoir reçu, avant la remise de cette proposition d'assurance, les Conditions d'assurance (CGA/CSA/CA/CPA) des assurances complémentaires demandées, ainsi que l'information aux clients selon la LCA, d'éventuels prospectus de produits et, pour autant que le conseil ait été dispensé par un tiers ou par un collaborateur d'Helsana, le formulaire d'information selon la LSA du conseiller en assurances, et en avoir pris connaissance.

J'autorise la transmission régulière par SMS, courriel, courrier ou téléphone d'informations et de publicités concernant les offres et produits du Groupe Helsana pouvant correspondre à mes besoins et je donne expressément mon accord pour le traitement de données relatif à cette démarche. Par ailleurs, j'autorise également la transmission régulière par SMS, courriel, courrier ou téléphone d'informations et de publicités portant sur des offres et produits proposés par les entreprises partenaires du Groupe Helsana mentionnées sur le site Internet d'Helsana et je donne expressément mon accord pour le traitement de données relatif à cette démarche. J'affirme avoir pris connaissance des dispositions en matière de protection des données mentionnées sur le site Internet d'Helsana concernant cet avantage supplémentaire. En outre, je confirme être renseigné(e) sur les entreprises partenaires du Groupe Helsana mentionnées sur son site.

J'ai pris connaissance du fait qu'une éventuelle révocation de mon autorisation relative au traitement de mes données personnelles aux fins de marketing évoquées précédemment doit être communiquée par écrit au Service clients.

Lieu et date

Signature de la personne à assurer / de son représentant légal

X

X



Questionnaire dentaire relatif à l'assurance des soins dentaires DENTApus selon la LCA

Personne à assurer

Prénom, nom

Date de naissance

Les coûts de l'attestation, de l'examen de contrôle et des radiographies sont à la charge du proposant / de la personne à assurer.

Dès l'âge de 7 ans révolus, des radiographies doivent être jointes à la proposition (au moins 2 bite wings). Les radiographies ne doivent pas remonter à plus de 2 ans. Elles seront retournées après l'examen du risque. Veuillez répondre à toutes les questions.

1 À quand remonte le dernier contrôle dentaire?

(ne doit pas remonter à plus d'une année)

Date

2 Une maladie pouvant influencer la santé des dents a-t-elle déjà été diagnostiquée?

Oui Non

Oui, laquelle?

3 A-t-il été procédé à des contrôles dentaires et à un détartrage?

Oui Non

Oui, à quels intervalles?

4 Un traitement est-il prévu?

Oui Non

Oui, lequel et pour quand?

5 Y a-t-il des abrasions ou érosions dentaires?

Oui Non

Oui, pourquoi?

6 Y a-t-il une malposition dentaire ou maxillaire?

Oui Non

Oui, quel type de malposition?

7 Y a-t-il des obturations?

Oui Non

Oui, état mauvais moyen bon

8 Y a-t-il une prothèse dentaire fixe ou amovible?

Oui Non

Oui, état mauvais moyen bon

9 Hygiène buccale?

mauvaise moyenne bonne

10 État parodontal?

S'il existe un indice des poches, prière de le joindre.

mauvais moyen bon

11 Y a-t-il des dents manquantes, non remplacées ou une anodontie?

Oui Non

Si «oui», prière d'indiquer quelles dents sont concernées.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 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 Y a-t-il des caries dentaires?

Oui Non

Si «oui», prière d'indiquer quelles dents sont concernées.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 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 |

13 Des dents ont-elles subi un traitement radiculaire?

Oui Non

Si «oui», prière d'indiquer quelles dents sont concernées.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 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 Des dents ont-elles été abîmées lors d'un accident?

Oui Non

Si «oui», prière d'indiquer quelles dents sont concernées.

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| 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 |

Par sa signature, le dentiste détenteur du diplôme fédéral (ou, selon les dispositions cantonales, par un dentiste lui étant assimilé ou par un hygiéniste dentaire diplômé) atteste que les informations fournies dans ce questionnaire sont conformes à la vérité. L'omission ou l'inexactitude de données peuvent avoir pour conséquence le refus de prestations, l'émission de réserves ou la résiliation du contrat.

Lieu et date

Timbre et signature du dentiste / de l'hygiéniste dentaire

X

X

