

Proposition d'assurance pour l'assurance des soins dentaires plus

Assureur: Groupe Mutuel Assurances GMA SA

Les données transmises seront traitées de manière strictement confidentielle

Timbre de l'agence Assurance individuelle Admission
 Assurance collective Modification
NI collective
Entreprise/société:

No d'agent

8 6 6 1

Réservé à l'assureur

NI d'assuré

NI de famille

Renseignements personnels (écrire en caractères d'imprimerie)

Nom: _____ Nationalité: _____ Permis: _____ (copie à joindre)
Prénom: _____ Sexe: M F _____ Enfant de: _____
Date de naissance jour, mois, année): _____ Représentant légal: _____
Epoux(se) de: _____ Employeur: _____
NI de téléphone: _____ Rue/No: _____
Rue/N': _____ NI postal/localité: _____
NO postal/localité: _____ Activité professionnelle: _____
Domicile légal (si celui-ci n'est pas identique à la localité précitée): _____

Autres membres de la famille assurés auprès d'un assureur du Groupe Mutuel:

Nom	Prénom	Police NO	Nom	Prénom	Police NI
1.			3.		
2.			4.		

Adresse pour le remboursement des prestations

NO de cpte bancaire: _____ Titulaire du compte: _____ Langue désirée
Nom et adresse de la banque: _____ NO CCP: _____ fr. all. it.

Mode de paiement désiré pour la prime

SPG (débit direct par poste) annuel trimestriel
 LSV (débit direct par banque) semestriel mensuel

Choix de la couverture d'assurance

Classes: 1 Fr. 1000.-- 2 Fr. 3000.-- 3 Fr. 15'000.--

Assurance désirée dès le:

Questionnaire dentaire

1. Etat parodontal	<input type="checkbox"/> bon	<input type="checkbox"/> moyen	<input type="checkbox"/> mauvais
Si moyen ou mauvais, préciser l'emplacement:			
2. Hygiène	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> moyenne	<input type="checkbox"/> insuffisante
3. Occlusion	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> traumatisant	
4. Un traitement orthodontique est-il envisagé?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
5. Etat des couronnes:	<input type="checkbox"/> bon	<input type="checkbox"/> moyen	<input type="checkbox"/> mauvais
Genre et emplacement:			
6. Etat des ponts:	<input type="checkbox"/> bon	<input type="checkbox"/> moyen	<input type="checkbox"/> mauvais
Genre et emplacement:			
7. Etat des prothèses adjointes:	<input type="checkbox"/> bon	<input type="checkbox"/> moyen	<input type="checkbox"/> mauvais
Genre et emplacement:			
8. L'assuré(e) souffre-t-il(elle) d'une maladie qui pourrait influencer dans le futur son état dentaire?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui, laquelle?			
9. Dents manquantes, non remplacées:	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	<u>55 54 53 52 51</u>	<u>18 17 16 15 14 13 12 11</u>	<u>21 22 23 24 25 26 27 28</u> <u>61 62 63 64 65</u>
	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. Obturations défectueuses	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	<u>55 54 53 52 51</u>	<u>18 17 16 15 14 13 12 11</u>	<u>21 22 23 24 25 26 27 28</u> <u>61 62 63 64 65</u>
	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. Dents cariées	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	<u>55 54 53 52 51</u>	<u>18 17 16 15 14 13 12 11</u>	<u>21 22 23 24 25 26 27 28</u> <u>61 62 63 64 65</u>
	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. Dents dévitalisées	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
	<u>55 54 53 52 51</u>	<u>18 17 16 15 14 13 12 11</u>	<u>21 22 23 24 25 26 27 28</u> <u>61 62 63 64 65</u>
	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. Un traitement dentaire est-il actuellement en cours ou envisagé?	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Si oui, lequel?			
14. Date des dernières radiographies:			
15. Observations:			

Lieu et date: _____

Timbre et signature du médecin -dentiste: _____

Demande d'affiliation à l'assurance des soins dentaires plus

Le proposant désire souscrire à l'assurance des soins dentaires plus et déclare avoir pris connaissance des conditions générales et particulières qui la régissent. Le proposant autorise les médecins et toute personne auxquels l'assureur s'adresse à donner tous les renseignements qu'il souhaite. Le proposant s'engage à payer les primes pour la première année d'assurance.

Le proposant prend acte que conformément à l'article 1 de la loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA), il demeure lié à cette proposition pendant 14 jours, respectivement 4 semaines si l'assureur exige un examen médical.

le proposant est responsable de la véracité de toutes les réponses données dans la présente proposition ainsi que dans le questionnaire dentaire, même si les réponses sont inscrites par un tiers. **Toute déclaration incomplète ou fautive peut entraîner le refus des prestations, des réserves ou l'annulation du contrat au sens de l'article 6 LCA.** Tout accord ou convention annexe convenu avec l'agent sans être stipulé dans la proposition n'engage pas l'assureur. L'affiliation est subordonnée à la réception du questionnaire dentaire dûment rempli par un médecin-dentiste au bénéfice d'un diplôme fédéral ou d'un diplôme équivalent reconnu en Suisse.

Remarques _____

Signature du proposant ou de son représentant légal qui déclare avoir lu les dispositions ci-dessus.

Lieu et date : _____