

Assurance des soins dentaires DENTA

N° d'assurance _____ N° de famille _____ _____
Début de l'assurance _____

Personne assurée (prière de remplir en majuscules)

Nom _____	Prénom _____	Date de naissance _____
N°/rue _____	NPA/localité _____	
Nationalité _____	Tél. privé _____	Tél. prof. _____

Assurance des soins dentaires DENTA (délai de carence 365 jours)

- Basic (75% de la facture du dentiste, max. CHF 500.– par année civile)
 Top (75% de la facture du dentiste, max. CHF 1500.– par année civile)

Questionnaire de santé

Une prise en charge de l'assurance des soins dentaires DENTA n'est possible que si le dernier contrôle par un dentiste date de moins de 2 ans.

1. Quand avez-vous consulté un dentiste pour la dernière fois? _____
2. Le traitement est-il terminé? _____ Oui Non
3. Avez-vous une position des dents ou de la mâchoire qui nécessite une correction? Oui Non
4. Une correction de la position des dents est-elle souhaitée? Oui Non
5. Souffrez-vous ou avez-vous souffert d'une maladie des gencives, de la cavité buccale et/ou de l'appareil de soutien des dents? Oui Non
6. En dehors des examens prophylactiques annuels, des traitements ou des opérations sont-ils prévus? Oui Non
Si oui, lesquels? _____
7. Combien de corrections ou de plombages contient actuellement votre dentition? _____

En cas de demande DENTA Top, le certificat au verso doit être en plus rempli par un dentiste en Suisse (à l'exception des enfants jusqu'au 6^e anniversaire).

Certificat

Le dentiste soussigné confirme que l'état dentaire de la personne concernée est actuellement le suivant:

	bon	moyen	mauvais
conservation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
parodontose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
prothèse (le cas échéant)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
orthodontie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

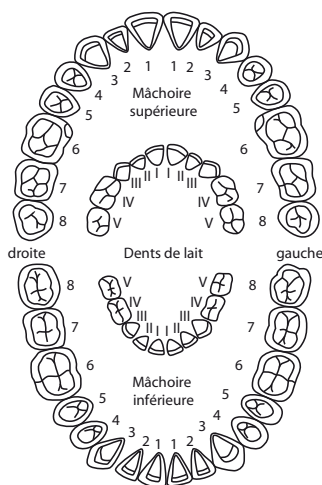
Une correction dentaire est-elle envisagée/souhaitable?

Oui Non

Les dents ou la prothèse de la personne concernée (n')exige(nt) actuellement:

- un traitement
- aucun traitement

Couronnes (K), dents manquantes (X) ou plombages (O) doivent être indiqués sur le schéma:



Combien de plombages compte la dentition? _____

Une prothèse partielle ou totale est-elle existante? Mâchoire supérieure Mâchoire inférieure

Lieu/date

Tampon et signature du dentiste

Déclaration du soussigné

J'ai reçu les conditions générales d'assurance (CGA). Par la signature de la demande d'assurance, j'autorise tous les dentistes qui m'ont soigné ou me soignent encore, ainsi que les assurances auxquelles je suis ou j'ai été affilié, à communiquer à l'assurance-santé PROVITA SA toute information en rapport avec l'assurance des soins dentaires contractée. Je me déclare lié à la demande pour 14 jours (pour 4 semaines pour un examen médical). L'assurance prend effet à la date demandée, au plus tôt au 1^{er} du mois suivant, après l'entrée de la demande chez PROVITA, pour autant que l'assurance puisse être conclue dans la mesure demandée sur base de l'examen de santé.

Lieu/date

Signature du demandeur ou de son représentant légal

PROVITA Gesundheitsversicherung AG

Brunngasse 4
Postfach
8401 Winterthur

Tel. 052 260 02 02
Fax 052 260 02 03

info@provita.ch
www.provita.ch

