

Demande d'assurance complémentaire

Nom: _____ **Prénom :** _____ **Date de naissance : NPA/Lieu :** _____ **No d'assuré :** _____

AGRI-dental Assurance pour traitement dentaire (LCA), Assureur Caisse maladie Agrisano
Catégorie : _____ **Prime mensuelle :** _____ **Début d'assurance** _____

Etat de santé (version 1.09)

Le demandeur/représentant juridique doit répondre personnellement et par écrit à chacune des questions suivantes. Les espaces laissés libres ne sont pas admis.

1. À quand remonte la dernière consultation chez un dentiste ? _____
 Le traitement est-il terminé ? oui non
2. Est-il nécessaire de corriger une malposition dentaire ou maxillaire ? _____ oui non
3. Une correction de la position des dents est-elle prévue ou planifiée ? oui non
4. Souffrez-vous actuellement/avez-vous souffert de maladies des gencives, de la cavité buccale et/ou de l'appareil de soutien de la dent ? oui non
5. En dehors des examens annuels de prophylaxie, des traitements ou des opérations sont-ils prévus ? oui non
 Si oui, lesquels ? _____
6. Existe-t-il une invalidité ou une infirmité congénitale par rapport à vos dents et à votre mâchoire ? oui non
 Si oui, veuillez svp joindre la décision de l'AI.
 Type de l'invalidité/infirmité congénitale ? _____

Déclaration du candidat ou de la personne à assurer::

Je déclare par ma signature avoir répondu complètement et conformément à la vérité aux questions susmentionnées et atteste également que les réponses éventuelles écrites par une tierce personne sont conformes à mes indications. Je reconnais les primes et décrets de la Caisse maladie Agrisano et j'ai pris note que les dissimulations de faits et les fausses déclarations entraînent l'exclusion. Pour toutes les questions relatives à ce contrat, je délègue les médecins, le personnel médical, les hôpitaux, les assureurs précédents et les autres assureurs de leur obligation de garder le secret. J'en donne l'autorisation à la Caisse maladie Agrisano en vue de l'élaboration des données nécessaires. Le consentement est indépendant de la réalisation du contrat.

En outre, je déclare avoir reçu un exemplaire des conditions générales d'assurance.

Lieu, date, signature de la personne à assurer ou du représentant légal

De plus, un questionnaire dentaire rempli par un dentiste ayant le diplôme fédéral ou un dentiste ayant l'approbation cantonale doit être joint à la demande d'assurance complémentaire AGRI-dental, ainsi que les radiographies (2 Bitewing). La demande d'assurance n'est valable que si le dernier contrôle/traitement ne remonte pas à plus de six mois avant la date de la demande et si les radiographies ne sont pas âgées de plus de deux ans. **Les frais pour le certificat, l'examen de contrôle ainsi que les radiographies sont à la charge du demandeur.** Pour les enfants ayant 6 ans révolus (6ième anniversaire) jusqu'à la fin de l'année civile (31.12.), un questionnaire dentaire et des radiographies ne sont pas nécessaires.