

EGK-DENT

Assurance des soins dentaires



En vertu des dispositions complémentaires de l'assurance des soins dentaires EGK-DENT actuellement en vigueur, je désire conclure, dès le (date) _____ la couverture d'assurance suivante:

- Adhésion
 Modification d'assurance

PRÉNOM	NOM	DATE DE NAISSANCE*
RUE/NO	NPA/LIEU	NO D'ASSURÉ-E

* Les assurés ayant atteint l'âge de 60 ans révolus ne peuvent plus être admis dans cette branche d'assurance.

Classe d'assurance désirée

- classe 1 50% de factures de dentiste, au maximum CHF 500.- par année civile CHF
- classe 2 50% de factures de dentiste, au maximum CHF 1000.- par année civile CHF
- classe 3 75% de factures de dentiste, au maximum CHF 1500.- par année civile CHF

Prime mensuelle

LIEU ET DATE

 SIGNATURE PERSONNELLE DU REQUÉRANT OU DE SON REPRÉSENTANT LÉGAL

Attestation médicale dentaire

(non requise pour les enfants assurés dès leur naissance)

Le médecin-dentiste soussigné atteste que les dents du candidat se trouvent actuellement dans l'état suivant:

- | | | | | | |
|-----------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|------------------------------|----------------------------------|
| • conservation | <input type="checkbox"/> bon | <input type="checkbox"/> mauvais | • parodonte | <input type="checkbox"/> bon | <input type="checkbox"/> mauvais |
| • prothèse | <input type="checkbox"/> bon | <input type="checkbox"/> mauvais | • orthopédie de la mâchoire | <input type="checkbox"/> bon | <input type="checkbox"/> mauvais |

Les dents, respectivement la denture du candidat, nécessitent actuellement:

- aucun traitement un traitement

Si oui, lequel?

LIEU ET DATE

 TIMBRE ET SIGNATURE DU MÉDECIN-DENTISTE

