

BONNE PROTECTION, ASSURANCE FIABLE

Votre droit aux prestations de l'assurance complémentaire ÖKK DENTAL débute déjà après six mois. Pour les mesures prothétiques telles que les couronnes, bridges, prothèses dentaires, dents à pivot, le traitement d'anomalies du positionnement des dents et des maxillaires, le délai d'attente est de douze mois. Si vous optez pour une variante prévoyant une franchise, la prime sera encore meilleur marché. La franchise est perçue une fois par année, sous forme d'un montant fixe. Votre droit maximal aux prestations par année se calcule sur le montant qui dépasse la franchise.

VOUS POUVEZ CHOISIR PARMIS LES VARIANTES DENTAL SUIVANTES:

Etat: 1.1.2011

Variante	Couverture d'assurance par année civile	Age 0-3	Age 4-5	Age 6-10	Age 11-18	Age 19-25	Age 26-30	Age 31-35	Age 36-40	Age 41-45	Age 46-50	Age 51-55	Age 56-60	Age dès 61
A (250)	75 %, au max. CHF 1'000.- Franchise CHF 250.-	gratuit	1.50	2.50	4.50 ¹⁾	-	-	-	-	-	-	-	-	-
A	75 %, au max. CHF 1'000.- Franchise CHF 500.-	-	-	-	4.50 ²⁾	6.-	9.-	9.50	10.50	12.50	13.-	13.50	14.-	14.50
B	50 %, au max. CHF 500.-	gratuit	3.-	4.50	8.-	11.-	15.50	17.50	18.50	22.-	23.-	24.-	25.-	26.-
C	50 %, au max. CHF 1'000.-	gratuit	3.50	6.-	10.-	14.-	20.-	22.-	23.50	28.-	29.50	30.50	32.-	33.-
D	75 %, au max. CHF 1'000.-	gratuit	5.50	9.-	15.-	21.-	30.-	33.-	35.50	42.-	44.-	46.-	48.-	49.50
E	75 %, au max. CHF 1'500.-	gratuit	6.50	10.50	18.-	25.-	35.50	39.50	42.50	50.-	52.50	55.-	57.-	59.-
F	75 %, au max. CHF 3'000.-	gratuit	12.50	20.50	34.-	48.-	68.50	75.-	81.50	95.50	100.50	105.-	109.50	112.50
G (250)	75 %, au max. CHF 5'000.- Franchise CHF 250.-	gratuit	9.50	16.-	26.50 ¹⁾	-	-	-	-	-	-	-	-	-
G (500)	75 %, au max. CHF 5'000.- Franchise CHF 500.-	-	-	-	26.50 ²⁾	37.-	52.50	58.-	62.50	73.50	77.-	81.-	84.-	86.50
H	75 %, au max. CHF 5'000.-	gratuit	13.-	22.-	37.-	51.50	73.50	81.-	87.50	103.-	108.-	113.-	117.50	121.50

¹⁾ seulement jusqu'à l'âge de 15 ans

²⁾ 16-18 ans

PROPOSITION D'ASSURANCE ÖKK DENTAL

1. Données personnelles et couverture d'assurance

Nom/prénom:	Date de naissance:	Sexe:	Variante d'assurance désirée:	Prime par mois:
-----	-----	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	-----	-----

Rue, no: ----- NPA, localité: -----

Téléphone: ----- Profession: -----

Client/e, représentant légal (nom/prénom, date de naissance): -----

2. Début de l'assurance

Je désire être admis/e au ----- dans l'assurance complémentaire ÖKK DENTAL.

3. Opérations de paiement (remplir uniquement si ces indications ne sont pas encore connues de ÖKK.)

Compte pour: remboursement facture de prime (LSV)

N° IBAN: ----- Compte postal Compte bancaire: -----

Titulaire du compte (nom, prénom, NPA, localité): -----

Mode de paiement: mensuel bimestriel trimestriel semestriel annuel

4. Etat de santé

Je déclare répondre complètement et sincèrement à toutes les questions. Je prends note que les indications inexactes ou manquantes peuvent entraîner la résiliation du contrat, un refus des prestations et une demande en restitution.

A. A quand remonte le dernier contrôle ou traitement chez le médecin-dentiste? Mois / année: -----
Le traitement dentaire complet de la dentition a-t-il alors été terminé? Non Oui

Nom du médecin-dentiste traitant d'alors: -----

Adresse: -----

Remarques: -----

B. Y a-t-il des malpositions dentaires? Non Oui Diagnostic: -----
malpositions maxillaires? Non Oui Diagnostic: -----

C. Y a-t-il des affections des gencives/du parodonte? Non Oui Diagnostic: -----
maladies de la cavité buccale? Non Oui Diagnostic: -----
maladies des maxillaires? Non Oui Diagnostic: -----

Informations pour le proposant: nous avons besoin d'un certificat du médecin-dentiste à partir de la variante d'assurance D, sauf pour les enfants qui ne sont pas en âge scolaire et n'ont pas encore suivi à ce jour de traitements dentaires. Nous vous prions de bien vouloir faire remplir le questionnaire ci-joint par un médecin-dentiste porteur du diplôme fédéral (ou, selon les dispositions cantonales, par un médecin-dentiste titulaire d'un diplôme équivalent ou par un hygiéniste dentaire diplômé). Veuillez retourner le certificat du médecin-dentiste dûment rempli à votre agence ÖKK. Les coûts de l'attestation, de l'examen de contrôle et des radiographies sont à la charge du proposant.

5. Déclaration d'adhésion

Je demande pour moi, ou pour la personne dont je suis le représentant légal, l'admission dans l'assurance susmentionnée de ÖKK. Je donne mon accord à ce que les renseignements nécessaires sur l'état de santé puissent être demandés aux médecins-dentistes ainsi qu'aux assurances-maladie et sociétés d'assurances et je délègue toutes les personnes médicales concernées du secret professionnel à l'égard de ÖKK.

Lieu et date: -----

Signature: -----
(client/e, représentant légal)