

# 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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PRÉNOM	NOM	DATE DE NAISSANCE*
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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:

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

