



No de portefeuille div.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No de conseiller/ère	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
No d`acquisiteur	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Conseiller/ère clients

## Proposition pour l'assurance des soins dentaires

No de police

### Proposant ou preneur d'assurance

Nom	Prénom	Date de naissance
Rue/NO	NPA/Localité	
Indications complémentaires concernant l'adresse		
Début 01.	CS Edition	

### Assurances complémentaires selon la LCA (Assureur: KPT Assurances SA)

Variantes d'assurance (Variante désirée X)		Prime mens. CHF
<input type="checkbox"/> Cl. 0	50 % des frais de soins dentaires/traitements orthodontiques, max. CHF 300.- par année civile	
<input type="checkbox"/> Cl. 1	50 % des frais de soins dentaires/traitements orthodontiques, max CHF 500.- par année civile	
<input type="checkbox"/> Cl. 2	50 % des frais de soins dentaires/traitements orthodontiques, max. CHF 1000.- par année civile	
<input type="checkbox"/> Cl. 3	75 % des frais de soins dentaires/traitements orthodontiques, max. CHF 1500.- par année civile	
<input type="checkbox"/> Cl. 6	75 % des frais de traitements orthodontiques, max. CHF 10'000.- par année civile	

### Questions ayant trait à la personne assurée et à l'état de santé

La Proposition ne peut être traitée que si vous avez répondu complètement et sincèrement à toutes les questions et si le «Questionnaire dentaire» est rempli complètement et signé par le dentiste. Des traits ou autres signes ne sont pas considérés comme réponse et ne peuvent pas être acceptés.

### Chiffre

		oui	non
1	Etes-vous assuré/le pour la maladie/accidents? Si oui, auprès de qui (caisse, société, CNA)?	maladie <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		accidents <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Etes-vous au bénéfice d'autres ass. dentaires? Si oui, auprès de qui (caisse, société)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Une demande d'assurance des soins dentaire vous a-t-elle été refusée ou une assurance dentaire existante a-t-elle été résiliée? Si oui, quand et pourquoi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Souffrez-vous d'une maladie du système de la mastication? Si oui, de quelle maladie s'agit-il?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Souffrez-vous d'une maladie grave dont les conséquences pourraient rendre nécessaire un traitement dentaire? Si oui, de quelle maladie s'agit-il?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous confirmez que vous avez reçu un exemplaire des Conditions générales d'assurance (CGA) et, le cas échéant, des conditions spéciales (CS) applicables. La KPT Assurances SA traite les données personnelles de ses clients exclusivement à des fins de l'assurance et en respectant les directives applicables en matière de protection des données personnelles sont conservées sous forme physique et électronique et sont protégées contre l'accès non autorisé par des tiers.

Lieu et date

Signature

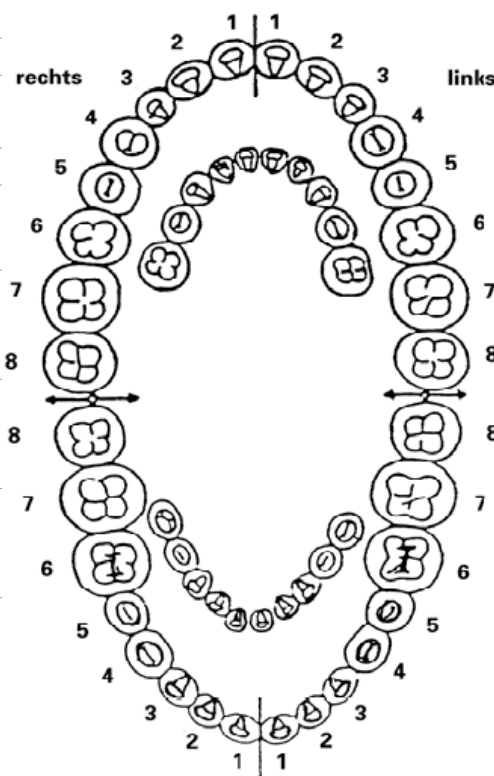
Proposant ou représentant légal

## Questionnaire dentaire

Les éventuels coûts de ce certificat vont à charge du requérant/de la requérante

Prière de répondre de façon précise à chaque question

<b>1 Etat du parodonte</b>	<input type="checkbox"/> bon	<input type="checkbox"/> moyen*	<input type="checkbox"/> mauvais*
Si moyen ou mauvais, pour quelles raisons? (p.ex. dû à l'âge)	*joindre des radiographies existantes		
<b>2 Hygiène</b>	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> moyenne	<input type="checkbox"/> insuffisante
<b>3 Occlusion</b>	<input type="checkbox"/> bonne	<input type="checkbox"/> traumatique	
Pourquoi?	faire une radio bite-wing et la joindre au questionnaire		
<b>4 Diagnostic d'orthopédie dento-faciale précis</b>	<input type="checkbox"/> CL I	<input type="checkbox"/> CL II	<input type="checkbox"/> CL III
Un traitement d'orthopédie dento-faciale est-il envisagé en ce moment ou ultérieurement?	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	
Si oui, lequel?			
<b>5 Obturation</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	matériel
Si oui, quel en est l'état?	<input type="checkbox"/> bon	<input type="checkbox"/> moyen	<input type="checkbox"/> mauvais
Sur le schéma ci-dessous, veuillez désigner par <O> la ou les dents correspondantes			
<b>6 Couronnes / Ponts</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	
Si oui, quel en est l'état?	<input type="checkbox"/> bon	<input type="checkbox"/> moyen	<input type="checkbox"/> mauvais
Si moyen ou mauvais, pour quelles raisons?			
Sur le schéma, veuillez désigner les couronnes par <C> et les ponts par <P>.			
<b>7 Prothèse</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	
Si oui, quel en est l'état?	<input type="checkbox"/> bon	<input type="checkbox"/> moyen	<input type="checkbox"/> mauvais
Si moyen ou mauvais, pour quelles raisons?			
Sur le schéma, veuillez esquisser la prothèse et la désigner par <P>			
<b>8 Dents manquantes non remplacées</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	
Si oui, veuillez marquer d'un <X> la ou les dents sur le schéma			
<b>9 Quand le dernier traitement a-t-il été terminé ?</b>			
<b>10 Quand avez-vous procédé à l'examen pour l'admission dans l'assurance dentaire?</b>			
<b>11 Quand avez-vous procédé à l'examen pour l'admission dans l'assurance dentaire?</b>			
<b>12 Un traitement est-il nécessaire prochainement ou à une date encore à déterminer?</b>	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	
Si oui, pour quel traitement?			
Quand ce traitement sera-t-il appliqué?			
Pourquoi le traitement n'a-t-il pas pu être appliqué antérieurement?			



Le dentiste soussigné confirme  
 - que tous les examens nécessaires ont été effectués  
 - que le questionnaire est rempli de façon sincère

Lieu et date

Timbre et signature

Zahnärztin/Zahnarzt