

## 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

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Rue/no \_\_\_\_\_ NPA/Lieu \_\_\_\_\_

Date de naissance\* \_\_\_\_\_ No de membre \_\_\_\_\_

\* 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

classe 2 50% de factures de dentiste, au maximum CHF 1000.- par année civile

classe 3 75% de factures de dentiste, au maximum CHF 1500.- par année civile

#### Prime mensuelle

CHF \_\_\_\_\_

CHF \_\_\_\_\_

CHF \_\_\_\_\_

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:

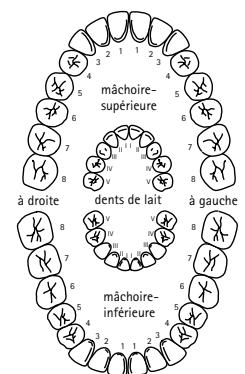
• conservation  bon  mauvais  
• prothèse  bon  mauvais

• parodonte  bon  mauvais  
• orthopédie de la mâchoire  bon  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 \_\_\_\_\_