

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT(E)

Si les informations contenues à la partie A sont inexactes ou incomplètes, veuillez remplir la partie B.

A.

Groupe : _____ Employeur : _____

N° d'identification : _____

B.

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

Groupe : _____ Employeur : _____

N° d'identification : _____

IMPORTANT

1. Pour les enfants à charge de 18 à 26 ans, remplir la partie 2 de ce formulaire.
2. Si les soins sont requis par suite d'un accident, remplir la partie 3 de ce formulaire et joindre la(les) **radiographies(s)**.
3. Votre demande de prestations doit nous parvenir au plus tard dans les 12 mois de la date où les frais ont été engagés et les services rendus.

1- RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT(E) :

Nom de l'employeur : _____

N° de tél. de l'adhérent(e) à la maison _____

au travail _____

Date de naissance de l'adhérent(e) : _____

Année | Mois | Jour

RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT :

Lien de parenté avec l'adhérent(e) :

conjoint(e) autre enfant

Date de naissance _____

Année | Mois | Jour Prénom

Des indemnités pour soins dentaires seront-elles versées ou des services seront-ils fournis en vertu d'une autre assurance collective dentaire, de la CSST ou d'un régime d'assurance du Gouvernement? Non Oui N° de contrat : _____

Date de naissance du (de la) conjoint(e) _____

Année | Mois | Jour Nom de l'assureur ou du régime : _____

2- ATTESTATION D'ÉTUDES POUR ENFANT ÂGÉ DE PLUS DE 17 ANS OU 20 ANS SELON VOTRE CONTRAT

Je déclare que mon enfant, _____ est célibataire et fréquente l'école secondaire, le collège ou l'université _____ . Il suit des cours en _____ à titre d'étudiant à temps plein, à la session d'automne _____ ou à la session d'hiver _____ .

Prénom Nom de l'institution Discipline Année Année

3- SOINS DENTAIRES REQUIS PAR SUITE D'UN ACCIDENT

Non Oui Si oui, indiquer la date, _____

donner des précisions et joindre la(les) **RADIOGRAPHIE(S)**.

JE CONSENS À CE QUE TOUS LES RENSEIGNEMENTS OU DOSSIERS EXIGÉS AU SUJET DE LA PRÉSENTE DEMANDE SOIENT DIVULGUÉS À L'ASSUREUR ET JE DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS DONNÉS SONT, À MA CONNAISSANCE, VÉRIDIQUES, EXACTS ET COMPLETS.

Année | Mois | Jour Signature de l'adhérent(e)

TOUS LES RENSEIGNEMENTS INSCRITS SUR CE FORMULAIRE SONT CONFIDENTIELS.

(DENTAIRE-F) CPRDF1 (11-03-31)

