

**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 \_\_\_\_\_  
Prénom  
Il suit des cours en \_\_\_\_\_ à titre d'étudiant à temps plein,  à la session  
Nom de l'institution Discipline  
d'automne \_\_\_\_\_ ou  à la session d'hiver \_\_\_\_\_  
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 (2017-11-29)

