

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 d'automne _____ ou à la session d'hiver _____
Année Nom de l'institution Discipline 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)

