



Beneva
 625, rue Jacques-Parizeau
 C. P. 1500
 Québec (Québec) G1K 8X9

DEMANDE DE RÈGLEMENT POUR SOINS DENTAIRES

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.

Nom de l'employeur : _____
 N° de tél. de l'adhérent(e) à la maison _____
 au travail _____
 Date de naissance de l'adhérent(e) : _____

Lien de parenté avec l'adhérent(e) :
 conjoint(e) autre _____

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) _____ Nom de l'assureur ou du régime : _____

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 _____ .

G33pR

33DOM

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.

TOUS LES RENSEIGNEMENTS INSCRITS SUR CE FORMULAIRE SONT CONFIDENTIELS.

(DENTAIRE-F) CPRDF1 (2017-11-29)

