



**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 \_\_\_\_\_ .

GISEL

DOM

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)

