ASSO étudiante

Assomption Vie

1 888 869-9797

Demande d'indemnité
Police nº 9954

Soins dentaires

PARTIE 1 — RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTUDIANT-E DE LA CITÉ COLLÉGIALE PARTICIPANT AU RÉGIME

Nom, Prénom (en lettres moulées) | Date de naissance (JJ-MM-AAAA) | L C C numéro étudiant

Adresse | App. | Ville | Province | Code postal

Téléphone | Courriel étudiant

PARTIE 2 — SOINS DENTAIRES (À REMPLIR PAR LA OU LE DENTISTE)

Date du traitement (JJ-MM-AAAA)	Code du procédé	Code int. des dents	Surface des dents	Honoraires du dentiste	Frais de labo	Total

Dentiste

Téléphone | Nº de licence

Renseignements complémentaires sur le diagnostic, les actes ou les considérations spéciales

La présente est une déclaration exacte des soins rendus et des honoraires demandés, sauf erreurs et omissions.

Signature de la ou du dentiste | Date (JJ-MM-AAAA) | Total honoraires

RÉSERVÉ À L'ASSUREUR

Montant admis	Fréq.	%	Payable par le ou la client-e

Nº de la demande d'indemnité :

Franchise :

Paiement de l'assuré-e :

Paiement de l'assureur :

Chèque nº :

Date :

PARTIE 3 — RENSEIGNEMENTS SUR LA PATIENTE, LE PATIENT (UN FORMULAIRE PAR PATIENT-E)

La patiente, le patient est *(cocher une des trois options et, au besoin, fournir les renseignements demandés)* :

- ◯ L'étudiant-e de La Cité collégiale participant au régime tel qu'identifié dans la partie 1 ci-dessus
- ◯ conjoint-e du membre
- ◯ enfant à charge du membre

Nom, Prénom (conjoint-e ou enfant) | Date de naissance (JJ-MM-AAAA)

S'il s'agit d'un enfant de 21 ans ou plus : ↑ Code étudiant de l'enfant + ↑ Nom de l'établissement d'enseignement

1. Des indemnités pour soins dentaires seront-elles versées ou des services seront-ils fournis en vertu d'une autre assurance collective ou dentaire, de la Commission de la santé et de la sécurité du travail ou d'un régime d'assurance du gouvernement ? Si oui, spécifier ↓ — OUI ◯ NON ◉

Nº de la police | Nom de l'assureur ou du régime | Date de naissance du, de la conjoint-e

2. Les soins requis sont-ils liés à un accident ? — OUI ◯ NON ◉

3. Si le traitement comprend une prothèse, une couronne ou un pont : s'agit-il de la première mise en bouche ? — ◯ ◉

PARTIE 4 — ENGAGEMENT ET CONSENTEMENT

Si les frais indiqués sur cette demande ne sont pas couverts par le régime auquel je participe ou s'ils ne sont couverts qu'en partie, il m'incombe de voir à ce que ma ou mon dentiste soit rémunéré-e pour tous les soins rendus. Je reconnais que le total des honoraires s'élève à _____ $, que ce montant est exact et qu'il m'a été facturé pour les soins reçus. Je consens à ce que tous les renseignements contenus dans la présente demande soient divulgués à l'assureur ou à l'administrateur du régime.

Signature (étudiant-e de La Cité collégiale participant au régime) | Date (JJ-MM-AAAA)

À SIGNER SI L'ASSUREUR PAIE DIRECTEMENT LA OU LE DENTISTE

Je cède à la ou au dentiste nommé-e dans la pré-sente les indemnités payables en vertu de cette demande de règlement et je consens à ce qu'elles lui soient versées directement.

Signature (étudiant-e de La Cité collégiale participant au régime)

Les renseignements inscrits sur ce formulaire sont confidentiels. Les bénéfices ne s'appliquent pas nécessairement à chaque étudiant-e. Le remboursement sera fait au nom de l'étudiant-e de La Cité collégiale. Inscrivez-vous au dépôt direct pour accélérer le remboursement.

CE FORMULAIRE ET LES REÇUS ORIGINAUX DOIVENT ÊTRE POSTÉS À L'ADRESSE SUIVANTE :

Assomption Vie — C.P. 160, Moncton (Nouveau-Brunswick) E1C 8L1

Août 2010

Imprimer, signer et emporter au H-1060.