Assurances

FORMULAIRE SUPPLÉMENTAIRE DENTAIRE

****À faire remplir par votre dentiste**

DENTISTE	PATIENT
NOM :	**NOM :**
ADRESSE :	**Nº D'IDENTIFICATION DU MEMBRE DU RÉGIME :**
VILLE / PROV. / CODE POSTAL :	

Ces soins sont-ils requis par suite d'un accident ? **OUI** ☐ **NON** ☐

Pour ce traitement de **pont, prothèse dentaire** ou **implant,** veuillez préciser :

☐ Remplacement (date de la mise en bouche d'origine)

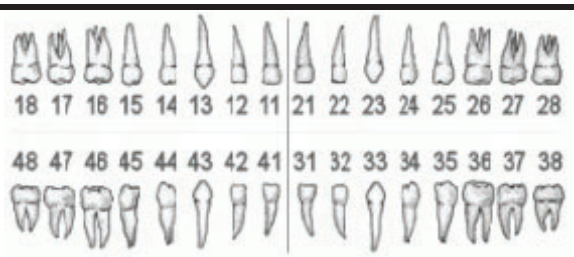
☐ Initial

Indiquez toutes les dents manquantes ainsi que la(les) date(s) de l'(des) extraction(s) :

Nº de dent	Date de l'extraction	Nº de dent	Date de l'extraction	Nº de dent	Date de l'extraction	Nº de dent	Date de l'extraction
11		21		31		41	
12		22		32		42	
13		23		33		43	
14		24		34		44	
15		25		35		45	
16		26		36		46	
17		27		37		47	
18		28		38		48	

De plus, veuillez indiquer toutes dents devant être extraites : _____

Ponts existants ou implants restaurés



Je suis autorisé(e), par mon(ma) conjoint(e) ou les personnes à ma charge, à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet pour utilisation à cette fin. Il est entendu que ces renseignements peuvent être consultés par le titulaire de la carte.

En signant cette demande de règlement ou en soumettant des reçus, j'atteste que les renseignements fournis sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements que je fournis à Compagnie d'assurance vie RBC à mon sujet et au sujet des personnes à ma charge seront utilisés par Compagnie d'assurance vie RBC pour évaluer ma demande de règlement et pour fournir tous les autres services nécessaires à l'administration des garanties, ce qui peut comprendre l'échange de renseignements avec d'autres parties aux fins d'administration de la présente demande de règlement.

J'autorise en outre Compagnie d'assurance vie RBC à obtenir des renseignements d'autres parties, comme les professionnels de la santé ou les assureurs, et à leur en transmettre, afin de vérifier l'exactitude de la ou des demandes de règlement soumises. Advenant des activités frauduleuses présumées relativement aux demandes de règlement soumises en mon nom ou au nom de mes personnes à charge, j'accepte que ces renseignements soient transmis aux parties intéressées, comme le promoteur de régime, les organismes de règlementation ou les organismes d'application de la loi.

Compagnie d'assurance vie RBC
C.P. 1614, WINDSOR (ONTARIO) N9A 0B9
À L'ATTENTION DE : SERVICE DES SOINS DENTAIRES
CENTRE DU SERVICE À LA CLIENTÈLE 1 855 264-2174 TÉLÉCOPIEUR 1 855 612-3031 rbcassurances.com