



FORMULAIRE DE RAPPORT D'ACCIDENT DENTAIRE

PATIENT	
NOM :	N° D'IDENTIFICATION DU MEMBRE DU RÉGIME:
ADRESSE :	LIEN DE PARENTÉ AVEC LE MEMBRE DU RÉGIME :
VILLE/PROV./CODE POSTAL :	ADRESSE ÉLECTRONIQUE :
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : ()	

DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Avez-vous d'autre couverture d'assurance collective qui pourrait inclure ces services comme prestations? Oui Non

Si oui, veuillez fournir le nom de la compagnie d'assurance : _____

Si l'autre couverture est fournie par RBC Vie, indiquez le numéro d'identification du membre du régime : _____

Le traitement est-il suite à un accident automobile? Oui Non

Le traitement est-il requis à cause d'une blessure reliée au travail? Oui Non

DATE DE L'ACCIDENT _____/_____/_____ ANNÉE MOIS JOUR	LIEU DE L'ACCIDENT	PROVINCE/ÉTAT/PAYS
--	--------------------	--------------------

Décrivez brièvement comment l'accident s'est produit et l'étendue de la blessure.

J'autorise la divulgation à l'assureur ou à l'administrateur de toute information ou de tout dossier requis se rapportant à la présente demande de règlement et je certifie que l'information donnée est, à ma connaissance, véridique, exacte et complète.

_____/_____/_____
ANNÉE MOIS JOUR

SIGNATURE DU MEMBRE DU RÉGIME

DENTISTE (À FAIRE REMPLIR PAR LE DENTISTE TRAITANT)

N° UNIQUE :	SIGNATURE DU DENTISTE _____/_____/_____ ANNÉE MOIS JOUR
NOM :	
ADRESSE :	
VILLE/PROV./CODE POSTAL :	
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : ()	En signant ce formulaire de demande de règlement ou en envoyant les reçus originaux, je confirme que les renseignements indiqués sur ce formulaire sont complets et exacts. Je comprends que les renseignements que j'ai fournis à RBC Vie sur moi-même et mes personnes à charge seront utilisés par RBC Vie pour l'évaluation des demandes de règlement et tous autres services nécessaires dans l'administration de nos prestations, qui pourraient inclure l'échange de renseignements avec d'autres intervenants dans le but d'administrer cette demande de règlement. Mon conjoint ou mes personnes à charge m'autorisent à divulguer et à recevoir des renseignements à leur sujet, qui sont utilisés à ces fins. Je comprends que ces renseignements pourraient être vus par l'assuré.

DESCRIPTION DES DOMMAGES (veuillez inclure les numéros des dents) :

VEUILLEZ JOINDRE UNE PRÉDÉTERMINATION OU TOUTE DEMANDE DE PERTE SUBIE. LES RADIOGRAPHIES SONT REQUISES.

Le patient ou membre du régime assumera les coûts engagés pour obtenir ces renseignements, s'il y a lieu.