



Assurance ACE INA
Assurance-Vie ACE INA
The Exchange Tower
130, rue King Ouest, 12ème étage
Toronto, Ontario M5X 1 A6
Téléphone : (416) 368-2911 1-877-337-9494

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE RÈGLEMENT
POUR ACCIDENT DENTAIRE**

VEUILLEZ INDIQUER TOUTES LES DATES EN FORMAT JOUR/MOIS/ANNÉE

À REMPLIR PAR L'ASSURÉ/TUTEUR

N° de la police _____

Nom au complet du demandeur		
Adresse		
Ville	Province	Code postal
Date de naissance	N° de téléphone ()	
Y a-t-il une couverture sous une autre police? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		
Si oui, veuillez fournir les détails complets		

Les déclarations ci-dessus sont justes et vraies à ma connaissance et à ma conviction. J'autorise, pour une période ne pouvant pas être inférieure à 12 mois, mais ne pouvant pas excéder 24 mois à compter de ce jour, tout médecin, praticien, fournisseur de soins, hôpital, établissement de soins de santé, organisation médicale, clinique, et toute autre établissement médical ou médicalement connexe, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, ou régime ou organisation similaire, administrateur du régime, ministères fédéraux, territoriaux ou provinciaux ou toute autre société ou organisation, institution ou association, à diffuser et échanger avec Assurance ACE INA ou Assurance-Vie ACE INA, ou leurs représentants, toute information personnelle sur ma santé, le paiement de prestations ou des informations financières me concernant, ou toute autre information ou enregistrement me concernant qui serait en leur possession et qui serait nécessaire au règlement de ma demande de règlement. Je consens qu'une photocopie de cette autorisation ait le même degré de validité que l'original.

Signature du demandeur _____

Date _____

Déclaration d'autorité

Nom de l'assuré
N° de la police
Nous certifions que le demandeur ci-dessus est assuré pour un terme commençant le _____ et se terminant le _____
Date

Signature de la personne autorisée par le détenteur de la police _____

Déclaration de l'assuré

Par la présente, je certifie que l'information mentionnée ci-dessus est juste et vraie et que tous les frais indiqués n'ont été engagés que par le patient indiqué. Je comprends que Assurance ACE INA ou Assurance-Vie ACE INA pourrait communiquer avec mon médecin, pharmacien ou tout autre personne et j'autorise la divulgation de toute information supplémentaire qui pourrait être nécessaire. Je consens à ce qu'une photocopie de cette divulgation ait le même degré de validité que l'original.

Date _____

Signature de l'assuré _____



**À L'USAGE DES DENTISTES SEULEMENT :
POUR INFORMATION SUPPLÉMENTAIRE, DIAGNOSTIC, PROCÉDURES OU CONSIDÉRATION SPÉCIALE**

Je comprends que les frais mentionnés dans cette demande de règlement peuvent ne pas être couverts ou peuvent dépasser les prestations de mon régime. Je comprends que je suis financièrement responsable auprès de mon dentiste pour la totalité de mon traitement.

J'admets que le total des frais _____ \$ est exact et m'a été facturé pour services rendus.

Date du service	Code de l'acte	Code inter. de la dent	Surface de la dent	Honoraires du dentiste	Frais de laboratoire	Total des frais

CECI EST UNE DÉCLARATION EXACTE DES SERVICES EXÉCUTÉS ET DES FRAIS EXIGIBLES. E & OE

Total des frais soumis _____

Description des dommages

Un traitement supplémentaire est-il requis Non Oui Si «oui», veuillez fournir des détails :

Code inter. de la dent	Traitement indiqué (utiliser le code de l'acte, si possible)	Date prévue du traitement

Décrivez les problèmes potentiels futurs et indiquez un délai :

Nom du dentiste		N° de téléphone du dentiste ()
N° de télécopieur du dentiste ()		Adresse du dentiste

Signature du dentiste _____

**CE FORMULAIRE ET TOUTES LES PIÈCES JOINTES, DONT VOUS DEVEZ ASSUMER LES COÛTS, DOIVENT ÊTRE
ACHEMINÉS DANS LES PLUS BREFS DÉLAIS.**